


Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Avvertenze

Simboli

Nel testo sono utilizzati dei simboli per rendere più agevole la lettura.

Simbolo	Significato
	Rinvia ad uno o più articoli del Contratto dove si possono trovare approfondimenti sull'argomento trattato



Box di consultazione

Nel testo le informazioni esplicative, i commenti o gli esempi si trovano inseriti in Box di consultazione formattati in questo modo.

Queste informazioni non sono parte del contratto ma aiutano a chiarirne il significato

Contenuti

A - Presentazione

1. Il Contratto in sintesi	pag. 5
----------------------------	--------

B - Oggetto del Contratto

2. Copertura Temporanea Caso Morte	pag. 7
3. Copertura Complementare Facoltativa - Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale	pag. 11
4. Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi	pag. 15
5. Copertura Temporanea Malattia Grave	pag. 21
6. Copertura Temporanea Non Autosufficienza	pag. 27
7. Pacchetto Servizi di Assistenza	pag. 32
8. Prezzo	pag. 32
9. Durata delle Coperture e del Contratto	pag. 42

C - Il Contratto dalla A alla Z

10. Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato	pag. 43
11. Conclusione ed Efficacia del Contratto	pag. 44
12. Risoluzione del Contratto	pag. 44
13. Diritto di Recesso	pag. 44
14. Sospensione dei pagamenti	pag. 45
15. Ripresa dei pagamenti	pag. 45
16. Riduzione	pag. 45
17. Costi	pag. 46
18. Prestiti	pag. 47
19. Cessioni di credito, pegno o vincoli	pag. 47
20. Duplicati	pag. 47
21. Beneficiari	pag. 47
22. Referente	pag. 48
23. Collegio Medico	pag. 48
24. Antiterrorismo e sanzioni internazionali	pag. 49
25. Antiriciclaggio	pag. 49
26. Informativa in corso di Contratto	pag. 50
27. Tasse e imposte	pag. 50
28. Foro competente	pag. 50
29. Legge applicabile al Contratto	pag. 50

D - Pagamenti della Compagnia

30. Richieste di pagamento	pag. 51
31. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte dell'Assicurato	pag. 51
32. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Terminale dell'Assicurato	pag. 53
33. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave dell'Assicurato	pag. 53
34. Pagamento della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato	pag. 53
35. Termini per il pagamento	pag. 54

E - Glossario

pag. 55

F - Allegato 1

pag. 59

G - Allegato 2

pag. 62

Relazione del medico curante/specialista

pag. 73

A - Presentazione

1 Il Contratto in sintesi

1.1 Tipo di Contratto

Protezione Pensare Domani è un **Contratto** di assicurazione di tipo modulare che opera con le seguenti garanzie, combinabili a scelta del **Cliente**:

1. Modulo/Garanzia Principale I - Copertura Temporanea Caso Morte (🔗 art. 2).

La **Copertura Temporanea Caso Morte** prevede che la **Compagnia**, in caso di morte dell'**Assicurato** durante il periodo di copertura, paghi ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del **Contratto**. L'attivazione di tale garanzia dà sempre diritto a una tutela anticipatoria e sostitutiva in caso di **Malattia Terminale** dell'**Assicurato**.

- **Copertura Complementare Facoltativa - Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** (🔗 art. 3)

In aggiunta alla **Copertura Temporanea Caso Morte**, può essere abbinata una copertura facoltativa per il caso di morte per **Infortunio** ovvero per **Infortunio da Incidente Stradale**.

- **Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi** (🔗 art. 4)

In aggiunta alla **Copertura Temporanea Caso Morte**, può essere abbinata una copertura facoltativa per il caso di commorienza da Infortunio dell'**Assicurato** e del suo coniuge/convivente.

Non è possibile acquistare entrambe le coperture facoltative, essendo le stesse tra loro alternative.

2. Modulo/Garanzia Principale II - Copertura Temporanea Malattia Grave (🔗 art. 5).

La **Copertura Temporanea Malattia Grave** prevede che, nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** durante il periodo della copertura, la **Compagnia** paghi all'**Assicurato** il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del **Contratto**.

3. Modulo/Garanzia Principale III - Copertura Temporanea Non Autosufficienza (🔗 art. 6).

La **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** prevede che la **Compagnia**, nel caso in cui venga accertata la **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**, nel compimento degli atti di vita quotidiana, durante il periodo della copertura, paghi all'**Assicurato** la **Rendita Assicurata**, in rate mensili, per la durata di 10 anni; la selezione di questa garanzia dà sempre diritto ad una copertura complementare consistente nel pagamento del **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza**, nel rispetto delle previsioni del **Contratto**.

Il **Contratto** è sottoscritto dal **Cliente** (di seguito detto anche **Contraente**) che può essere anche persona diversa all'**Assicurato**. In particolare, il **Contraente**, al momento della sottoscrizione del **Contratto**, può scegliere quale/i Modulo/i o Garanzia/e intende attivare. La presenza di più Moduli consente al **Cliente** di scegliere e acquistare, con un unico contratto, uno solo o più d'uno tra i Moduli offerti.



Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:



Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai Beneficiari.

In **abbinamento** alla **Garanzia Principale TCM** sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa



Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.



Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di Perdita di Autosufficienza dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In **abbinamento** alla **Garanzia Principale LTC** è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia « Capitale Aggiuntivo una tantum »	Sempre attiva

1.2 Prezzo

Il **Cliente** paga un **Prezzo** anticipato, al momento della conclusione del **Contratto** e alle successive scadenze, per ogni garanzia che sottoscrive, scegliendo una rateizzazione di pagamento che può essere annuale, semestrale o mensile.

I **Prezzi** sono indicati sul **Modulo di Polizza** e dipendono dai seguenti fattori:

- dal **Capitale Assicurato** o dalla **Rendita Assicurata**,
- dalla durata delle coperture,
- dall'età dell'**Assicurato**,
- dalle sue condizioni di salute,
- dallo stato di fumatore o **Non fumatore** (solo per la **Copertura Temporanea Caso Morte**),
- dalla sua attività professionale
- da eventuali sport praticati.

B - Oggetto del Contratto

2 Copertura Temporanea Caso Morte

In caso di morte dell'**Assicurato** durante il periodo di copertura, la **Compagnia** paga ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**.

Invece, qualora all'**Assicurato** sia diagnosticata una **Malattia Terminale**, la **Compagnia** gli pagherà una prestazione anticipativa pari al Capitale Assicurato per il Caso di Morte.

In caso di morte dell'**Assicurato**, l'esecuzione della prestazione prevista da parte della Compagnia, pone fine al Contratto e a tutte le coperture attivate.

In caso di **Malattia Terminale** dell'**Assicurato**, il **Contratto** resta in vigore fino al decesso dell'**Assicurato** se sussistono altri Moduli/Garanzie principali attive, mentre tutte le altre garanzie relative al Modulo I . TCM si estinguono.



Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:



Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai Beneficiari.

In abbinamento alla **Garanzia Principale TCM** sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa



Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.



Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di Perdita di Autosufficienza dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In abbinamento alla **Garanzia Principale LTC** è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia « Capitale Aggiuntivo una tantum »	Sempre attiva

Garanzia oggetto della presente sezione

2.1 Condizioni di assicurabilità

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione della **Copertura Temporanea Caso Morte** e della garanzia complementare **Malattia Terminale** non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni e 6 mesi.

Ai fini della validità della copertura, alla scadenza contrattuale, l'**Assicurato** non potrà avere più di 75 anni e 6 mesi. Di tale previsione occorrerà tenere conto nella scelta della durata del **Contratto** in modo tale che l'età dell'**Assicurato** non superi nel corso della stessa durata l'età di 75 anni e 6 mesi.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 40 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare come durata massima della copertura 30 anni, in quanto, anche selezionando la durata massima prevista dal contratto, l'età dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale non supererà i 75 anni e 6 mesi.

Esempio 2:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 46 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare 29 anni come durata massima della copertura, in modo tale che alla scadenza contrattuale l'età dell'**Assicurato** non superi i 75 anni e 6 mesi

La copertura può essere sottoscritta sia da persone fisiche che da persone giuridiche.

L'età del **Cliente**, se persona fisica diversa dall'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della copertura non deve essere inferiore a 18 anni.

2.2 Scelta del Capitale Assicurato per il caso di morte e Malattia Terminale

Il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** scelto dal **Cliente** viene riportato all'interno del **Modulo di Polizza** e deve soddisfare i seguenti requisiti:

- essere almeno pari a €20.000,00;
- non superare €1.000.000,00.

La scelta del **Capitale Assicurato** può essere effettuata per multipli di € 1.000,00.

2.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il Caso di Morte e Malattia Terminale

In caso di morte per qualsiasi causa, ad eccezione delle esclusioni riportate all'art. 2.4, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari** il capitale assicurato previsto dalla copertura.

Nella **Copertura Temporanea Caso Morte**, inoltre, è sempre inclusa una prestazione anticipativa nelle ipotesi di seguito descritte sostitutiva della prestazione dovuta in caso di decesso. La prestazione per **Malattia Terminale** è dovuta nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Terminale** e consiste nel pagamento all'**Assicurato** del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**.

A seguito del pagamento della prestazione in caso di **Malattia Terminale** dell'**Assicurato**, il **Contratto** resta in vigore se sussistono altri Moduli/ Garanzie principali attive, mentre tutte le altre garanzie relative al Modulo I - TCM si estinguono.

In caso di sopravvivenza dell'**Assicurato** al termine della copertura assicurativa e se non viene diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Terminale** nel corso della medesima copertura assicurativa, non è previsto alcun pagamento della **Compagnia** ed il **Prezzo** pagato resta acquisito da quest'ultima.

Il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** non è soggetto a rivalutazione.

2.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Temporanea Caso Morte e Malattia Terminale

2.4.1 Esclusioni

Il rischio di cui alla presente garanzia è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, fatto salvo quanto previsto nel presente articolo.

La **Compagnia** non pagherà il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** in caso di morte o **Malattia Terminale** dell'**Assicurato** causata da:

- a) Attività dolosa del **Contraente**, dell'**Assicurato** o dei **Beneficiari**;
- b) Partecipazione attiva dell'**Assicurato** ad atti dolosi;
- c) Partecipazione attiva dell'**Assicurato** a fatti di guerra;
- d) Incidente di volo, se l'**Assicurato** viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla **Data di Decorrenza** o se, essendovi stata sospensione del **Contratto** per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del **Contratto**, esercitata entro sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;
- f) Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;
- g) Malattie o infortuni correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- h) Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'**Assicurato** e/o coniuge alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada;
- i) Infezione da virus HIV o sindrome da stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili durante i primi 5 anni dalla **Data di Decorrenza**;
- j) Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it; qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'**Assicurato** si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- k) Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'**Assicurato**. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nel precedente punto f) come risultano, anche, dalle Tabelle A e B (☞ art. 8.2), essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate con il presente **Contratto** solo se non dichiarati dall'**Assicurato** durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del **Contratto** o durante la durata del **Contratto**, se l'esercizio di tali sport o attività inizia successivamente.

Qualora l'**Assicurato** dichiari la pratica di uno di questi sport o attività, la **Compagnia** procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di contratto se assumere il rischio e adeguare il **Prezzo** o il **Capitale Assicurato** o rifiutare la copertura.

2.4.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Temporanea Caso Morte e Malattia Terminale non è ancora attiva (Carenza)

La garanzia si attiva automaticamente trascorsi 6 mesi (**Carenza**) dalla **Data di Decorrenza**. Il periodo di **Carenza**:

- non è previsto qualora l'**Assicurato**, prima dell'attivazione della **Copertura Temporanea Caso Morte**, si sia sottoposto a visita medica con esito negativo;
- è esteso a cinque anni dalla **Data di Decorrenza** nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie collegate. Con riferimento a tali tipologie di patologia è possibile escludere la **Carenza** tramite apposito test HIV.

In tale periodo, in caso di decesso o **Malattia Terminale** dell'**Assicurato**, la **Compagnia** non corrisponderà la prestazione assicurativa, ma una somma pari al **Prezzo** pagato per la **Copertura Temporanea Caso Morte**.

In deroga a quanto sopra previsto, durante il periodo di **Carenza**, la **Compagnia** paga integralmente il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, solo nel caso in cui la morte avvenga per conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la **Data di Decorrenza**: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la **Data di Decorrenza**;
- di **Infortunio** avvenuto dopo la **Data di Decorrenza**.

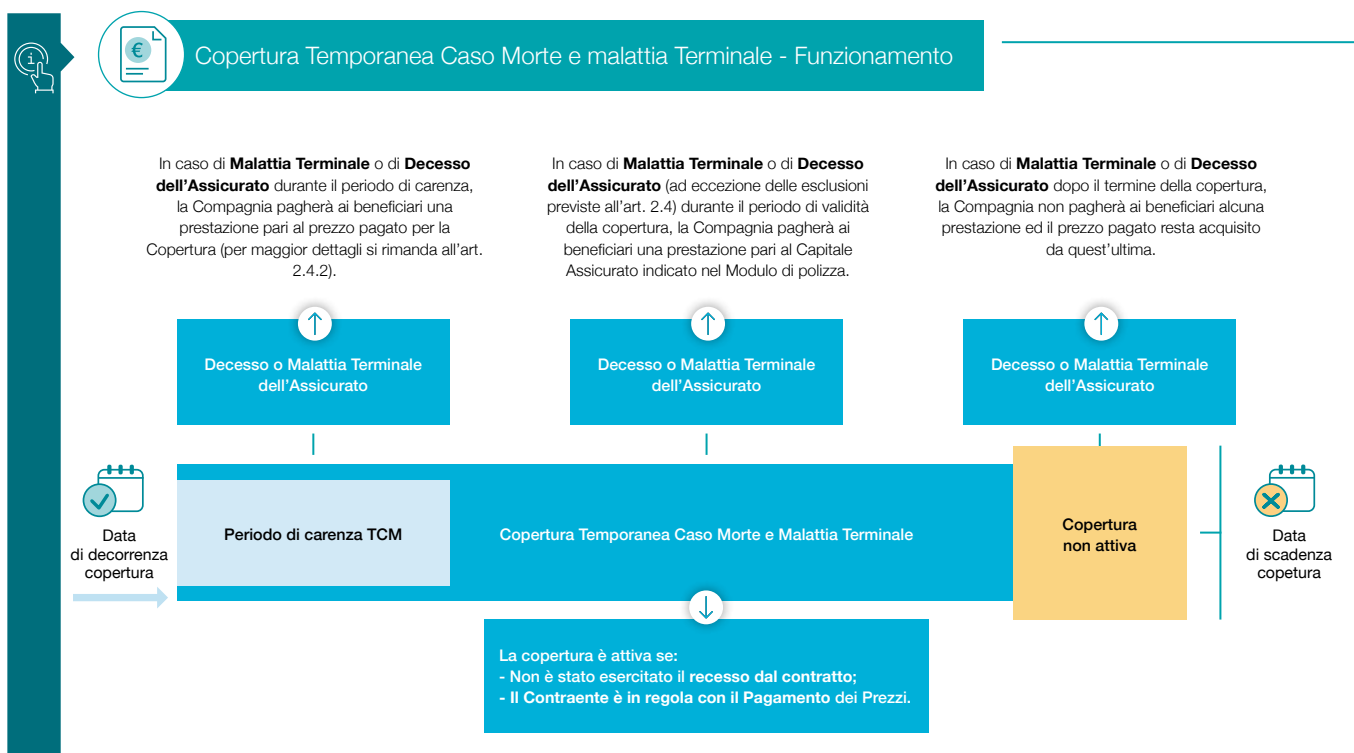
2.5 Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte

L'importo da corrispondere alla **Compagnia**, indicato sul **Modulo di Polizza**, dipende dal **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, dalla durata della copertura, dallo stato di fumatore o **Non fumatore**, dall'età dell'**Assicurato**, dalle sue condizioni di salute, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza (annuale, semestrale o mensile) per tutta la durata contrattuale.

A condizione che l'**Assicurato** sia ancora in vita, il premio per il primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il **Cliente** può selezionare la rateazione di pagamento (annuale, semestrale o mensile) al momento della conclusione del **Contratto** e non può modificare tale scelta. La rateazione deve essere la medesima per tutte le coperture acquistate. In caso di frazionamento del premio annuo non verrà applicata alcuna maggiorazione sul premio stesso (🔗 Art. 8).



3 Copertura Complementare Facoltativa - Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

In base alla presente copertura, qualora la morte dell'**Assicurato** sia conseguente ad **Infortunio**, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari**, in aggiunta al **Capitale Assicurato per la Copertura Temporanea Caso Morte**:

- In caso di morte dell'**Assicurato** dovuta ad **Infortunio**, un capitale aggiuntivo pari al **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**.
- In caso di morte dell'**Assicurato** dovuta ad **Infortunio da Incidente Stradale**, un capitale aggiuntivo pari al doppio del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**.

La presente copertura complementare facoltativa può essere scelta dal **Cliente** solo in abbinamento alla **Copertura Temporanea Caso Morte** ed è alternativa alla **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**. Non è pertanto possibile acquistare entrambe le coperture complementari facoltative.

La presente garanzia complementare sarà efficace anche qualora il decesso non sia immediato rispetto all'**Infortunio** o all'**Infortunio da Incidente Stradale**, purché avvenga entro 12 mesi dall'**Infortunio** stesso e la causa del decesso sia riconducibile (in base a prove anatomopatologiche) all'**Infortunio**.



Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:



Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai **Beneficiari**.

In abbinamento alla **Garanzia Principale TCM** sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa



Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.



Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di **Perdita di Autosufficienza** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In abbinamento alla **Garanzia Principale LTC** è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia « Capitale Aggiuntivo una tantum »	Sempre attiva

Garanzia oggetto della presente sezione

3.1 Condizioni di assicurabilità

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni e 6 mesi.

Ai fini della validità della presente copertura, alla scadenza contrattuale l'**Assicurato** non potrà avere più di 75 anni e 6 mesi.

Di tale previsione occorrerà tenere conto nella scelta della durata del **Contratto** in modo tale che l'età dell'**Assicurato** non superi nel corso della stessa durata l'età di 75 anni e 6 mesi.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 40 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare come durata massima della copertura 30 anni, in quanto, anche selezionando la durata massima prevista dal Contratto, l'età dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale non supererà i 75 anni e 6 mesi.

Esempio 2:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 46 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare fino a 29 anni come durata massima della copertura, in modo tale che alla scadenza contrattuale l'età dell'**Assicurato** non superi i 75 anni e 6 mesi.

La presente copertura può essere sottoscritta sia da persone fisiche che da persone giuridiche che hanno selezionato la **Copertura Temporanea Caso Morte**.

L'età del **Cliente**, se persona fisica diversa dall'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni.

3.2 Capitale Assicurato per il caso di morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

La prestazione assicurata, riportata all'interno del **Modulo di Polizza**, è aggiuntiva rispetto al **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** e coincide con:

- Il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** fino ad un massimo di 250.000,00 €, in caso di morte per **Infortunio** o, in alternativa
- il doppio del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, fino ad un massimo di 500.000,00 €, in caso di morte per **Infortunio da Incidente Stradale**.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Garanzia base: **Copertura Temporanea Caso Morte**
- Garanzia complementare facoltativa: morte per **Infortunio** o per **Infortunio da Incidente Stradale**
- **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**: € 100.000,00

In caso di morte dell'**Assicurato**, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari**:

a) In caso di morte per **Infortunio**: il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** e in aggiunta il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio** nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 100.000 € + 100.000 € = 200.000 €

b) In caso di morte per **Infortunio da Incidente Stradale**: il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** e in aggiunta il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio da Incidente Stradale** nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 100.000 € + 200.000 € = 300.000 €

Esempio 2:

Ipotesi:

- Garanzia base: **Copertura Temporanea Caso Morte**
- Garanzia complementare facoltativa: morte per Infortunio o per **Infortunio da Incidente Stradale**
- **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**: € 300.000,00

In caso di morte dell'**Assicurato**, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari**:

a) In caso di morte per **Infortunio**: il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** e in aggiunta il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio** nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 300.000 € + 250.000 € = 550.000 €

b) In caso di morte per **Infortunio da Incidente Stradale**: il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** e in aggiunta il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio da Incidente Stradale** nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 300.000 € + 500.000 € = 800.000 €

3.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

Ad eccezione delle esclusioni riportate all'art. 3.4, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale**, in aggiunta al **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**.

A seguito del pagamento di quanto pattuito, la copertura si estingue e non è previsto alcun ulteriore pagamento da parte della **Compagnia**.

In caso di sopravvivenza dell'**Assicurato** al termine della copertura assicurativa, non è previsto alcun pagamento della **Compagnia** ed il **Prezzo** pagato resta acquisito da quest'ultima.

Il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** non è soggetto a rivalutazione.

3.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Complementare Facoltativa – Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

3.4.1 Esclusioni

La **Compagnia** non pagherà il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** per la morte dell'**Assicurato** causata da:

- Attività dolosa del **Contraente**, dell'**Assicurato** o dei **Beneficiari**;
- Partecipazione attiva dell'**Assicurato** ad atti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'**Assicurato** a fatti di guerra;
- Incidente di volo, se l'**Assicurato** viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla **Data di Decorrenza** o se, essendovi stata sospensione del **Contratto** per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del **Contratto**, esercitata entro sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;
- Decesso a causa di **Infortuni** correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;

- g) Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'**Assicurato** e/o coniuge alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada
- h) Esiti di **Infortuni** che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione del **Contratto**, sottaciuti alla **Compagnia**;
- i) Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da **Infortunio**;
- j) Pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro o speleologo; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri, addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere; collaudatore di veicoli; lavoro su piattaforme petrolifere; membri delle forze dell'ordine o forze armate; guide alpine;
- k) Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;
- l) Partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo);
- m) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'**Assicurato** è privo della prescritta abilitazione;
- n) Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come Paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it; qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'**Assicurato** si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- o) Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra durante il periodo di soggiorno dell'**Assicurato**. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nei precedenti punti k) e l) e le attività di cui al precedente punto j) come risultano anche dalle Tabelle A e B (☞ Art. 8.2), essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate solo se non dichiarati dall'**Assicurato** durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del **Contratto** o durante la vigenza del **Contratto**, se l'esercizio di tali sport e/o attività inizia successivamente.

Qualora l'**Assicurato** dichiari la pratica di uno di questi sport e/o attività, la **Compagnia** procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di **Contratto** se assumere il rischio e adeguare il **Prezzo** o il **Capitale Assicurato** o rifiutare la copertura.

3.4.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Complementare Facoltativa - Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale non è ancora attiva (Carenza)

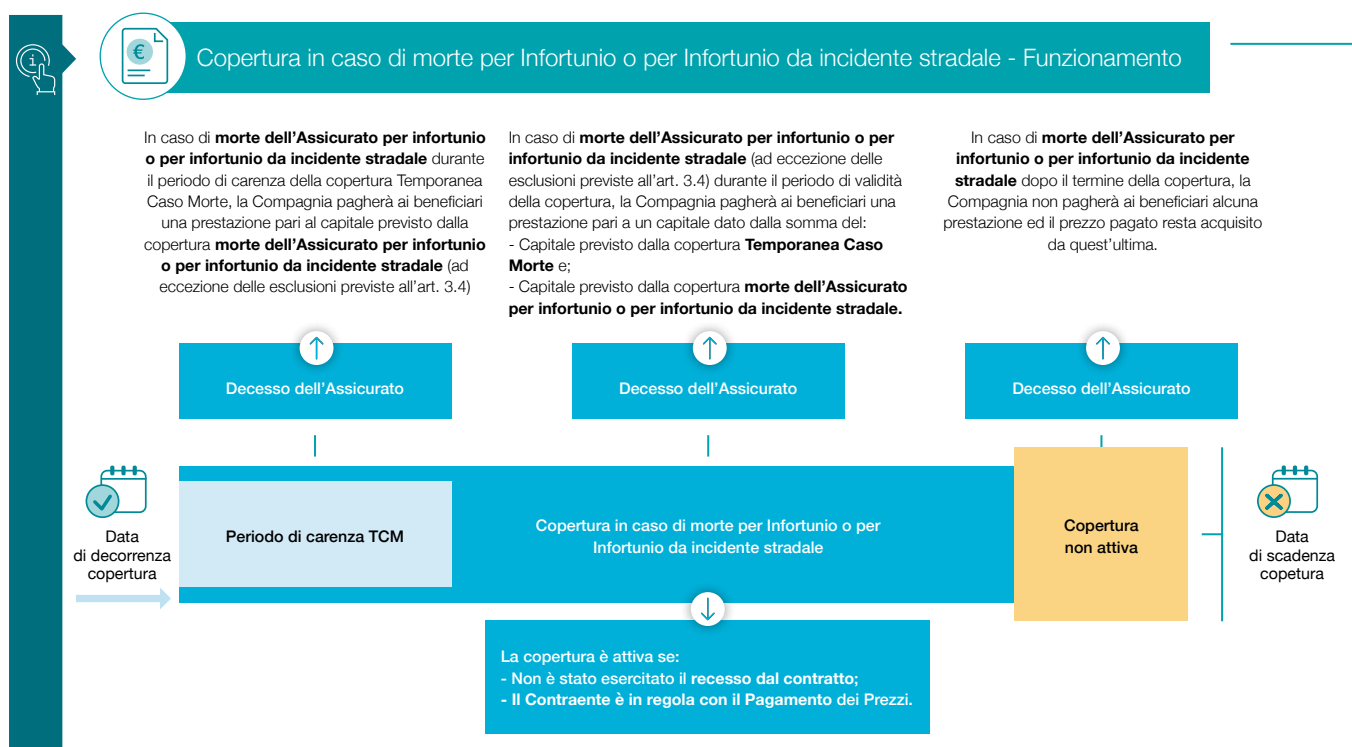
Il **Capitale Assicurato** per il **Caso di Morte da Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** è sempre dovuto ai **Beneficiari**, senza limiti previsti derivanti da un'eventuale **Carenza**.

3.5 Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa – Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

Il **Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** nonché ad ogni successiva scadenza (annuale, semestrale o mensile), per tutta la durata del **Contratto**. Esso è indicato nel **Modulo di Polizza** e dipende dal **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, dalle condizioni di salute dell'**Assicurato**, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.

A condizione che l'**Assicurato** sia ancora in vita, il premio relativo al primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il **Cliente** può selezionare la rateazione di pagamento (annuale, semestrale o mensile) al momento della conclusione del **Contratto**, e non può modificare tale scelta. La rateazione deve essere la medesima per tutte le coperture acquistate. Nel caso il **Cliente** scelga di pagare il premio in rate semestrali o mensili non verrà applicata alcuna maggiorazione (🔗 Art. 8).



4 Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi

In caso di morte da **Infortunio** dovuta al medesimo evento che colpisca contestualmente l'**Assicurato** e il suo coniuge/convivente e qualora tra i **Beneficiari** risultino:

- figli minori conviventi, oppure,
- figli riconosciuti invalidi civili con una percentuale pari o superiore al 66% oppure,
- figli che siano diventati maggiorenni in corso di copertura e che risultino a carico al momento del sinistro,

la **Compagnia** pagherà a tali **Beneficiari** della presente copertura un capitale addizionale, ulteriore rispetto a quello dovuto per la **Copertura Temporanea Caso Morte**, pari al **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** fino a un massimo di 150.000,00 Euro.

Nel corso della durata del **Contratto** qualora tra i **Beneficiari** non risulti più alcun soggetto con le caratteristiche previste dalla copertura, il **Cliente** ha la facoltà di richiedere la cessazione della **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi** alla **Compagnia** con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

In tal caso, i premi delle annualità successive non sono più dovuti dal **Cliente** alla **Compagnia**.

Tale copertura può essere scelta dal **Cliente** solo in abbinamento alla **Copertura Temporanea per il Caso di Morte** ed è alternativa alla **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale**; non è, pertanto, possibile acquistare entrambe le garanzie complementari facoltative.

La presente garanzia complementare sarà efficace anche qualora il decesso non sia immediato rispetto all'**Infortunio**, purché avvenga entro 12 mesi dall'**Infortunio** stesso e la causa del decesso sia riconducibile (in base a prove anatomopatologiche) all'**Infortunio**.

Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:

TCM

Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai **Beneficiari**.

In abbinamento alla **Garanzia Principale TCM** sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa

DD

Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.

LTC

Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di Perdita di Autosufficienza dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In abbinamento alla **Garanzia Principale LTC** è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia «Capitale Aggiuntivo una tantum»	Sempre attiva

Garanzia oggetto della presente sezione

4.1 Condizioni di assicurabilità

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni e 6 mesi.

Ai fini della validità della presente copertura, alla scadenza contrattuale l'**Assicurato** non potrà avere più di 75 anni e 6 mesi.

Di tale previsione occorrerà tenere conto nella scelta della durata del **Contratto** in modo tale che l'età dell'**Assicurato** non superi nel corso della stessa durata l'età di 75 anni e 6 mesi.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 40 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare come durata massima della copertura 30 anni, in quanto, anche selezionando la durata massima prevista dal **Contratto**, l'età dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale non supererà i 75 anni e 6 mesi.

Esempio 2:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 46 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare fino a 29 anni come durata massima della **Copertura**, in modo tale che alla scadenza contrattuale l'età dell'**Assicurato** non superi i 75 anni e 6 mesi.

La presente copertura può essere sottoscritta solamente da **Clienti** persone fisiche che hanno selezionato la **Copertura Temporanea Caso Morte**.

L'età del **Cliente**, se persona fisica diversa dall'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni.

4.2 Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi

La prestazione assicurata è riportata all'interno del **Modulo di Polizza**, è aggiuntiva e corrisponde al **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** ed è riconosciuta fino ad un massimo di euro 150.000,00.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Garanzia base: **Copertura Temporanea Caso Morte**
- Garanzia complementare facoltativa: Commorienza da infortunio dell'**Assicurato** e del coniuge/convivente
- **Capitale Assicurato**: € 100.000,00

In caso di commorienza fortuita dell'**Assicurato** e del suo coniuge/ convivente, la **Compagnia** pagherà, ai **Beneficiari** - che abbiano una delle caratteristiche sopra declinate - il **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi**, nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 100.000 € + 100.000 € = 200.000 €

Esempio 2:

Ipotesi:

- Garanzia base: **Copertura Temporanea Caso Morte**
- Garanzia complementare facoltativa: Commorienza da infortunio dell'**Assicurato** e del coniuge/convivente
- **Capitale Assicurato**: € 200.000,00

In caso di **commorienza fortuita** dell'**Assicurato** e del coniuge o convivente, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari** - che abbiano una delle caratteristiche sopra declinate - il **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi**, nei limiti contrattualmente previsti.

Totale pagato dalla **Compagnia**: 200.000 € + 150.000 € = 350.000 €

4.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi

In caso di morte per **Infortunio** di entrambi i coniugi o conviventi dovuta al medesimo evento che colpisca contestualmente l'**Assicurato** e il suo coniuge/convivente, ad eccezione delle esclusioni riportate all'art. 4.4, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari** della presente copertura - che abbiano le caratteristiche sopra declinate - il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte di entrambi i coniugi conviventi**.

A seguito del pagamento della prestazione assicurata, la copertura si estingue e non è previsto alcun ulteriore pagamento da parte della **Compagnia** con riferimento alla stessa.

In caso di sopravvivenza dell'**Assicurato** al termine della copertura assicurativa, non è previsto alcun pagamento della **Compagnia** ed il **Prezzo** pagato resta acquisito da quest'ultima.

Il **Capitale Assicurato** non è soggetto a rivalutazione.

4.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi

4.4.1 Esclusioni

La **Compagnia** non pagherà il **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi** per la morte dell'**Assicurato** e del coniuge o convivente causata da:

- Attività dolosa del **Contraente**, dell'**Assicurato** e/o del coniuge o convivente o dei **Beneficiari**;
- Partecipazione attiva dell'**Assicurato** e/o del coniuge o convivente a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'**Assicurato** e/o del coniuge o convivente a fatti di guerra;
- Incidente di volo, se l'**Assicurato** e/o il coniuge o convivente viaggiano a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla **Data di Decorrenza** o se, essendovi stata sospensione del **Contratto** per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dall'eventuale riattivazione del **Contratto**, esercitata entro sei mesi dall'eventuale mancato pagamento del premio;
- Decesso a causa di **Infortuni** correlati all'abuso di alcool o all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- Stato di ubriachezza/ebbrezza dell'**Assicurato** e/o del coniuge o convivente alla guida del veicolo, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal codice della strada;
- Esiti di **Infortuni** che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla data di sottoscrizione del **Contratto**, sottaciuti alla **Compagnia**;
- Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da **Infortunio**;
- Pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea

o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro o speleologo; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri, addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere; collaudatore di veicoli; lavoro su piattaforme petrolifere; membri delle forze dell'ordine o forze armate; guide alpine.

k) Pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano, ecc.), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idrosci acrobatico;

l) Partecipazioni a competizioni, gare, corse e relative prove od allenamenti, effettuata con veicoli a motore o natanti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) ed a quelle ippiche, calcistiche, ciclistiche (salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo);

m) Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'**Assicurato** e/o il coniuge o convivente è privo della prescritta abilitazione;

n) Decesso avvenuto in uno qualunque dei Paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'**Assicurato** e/o il coniuge o convivente si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o) Decesso avvenuto in un qualunque Paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'**Assicurato** e/o del coniuge o convivente. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.

Per quanto riguarda gli sport presenti nei precedenti punti k) e l) e le attività di cui al precedente punto j) come risultano, anche, dalle Tabelle A e B (☞ Art. 8.2), essi sono esclusi a priori dagli obblighi di cui alle prestazioni assicurate solo se non dichiarati dall'**Assicurato** durante la fase di valutazione che precede la sottoscrizione del **Contratto** o, durante la durata del **Contratto**, se l'esercizio inizia successivamente.

Qualora l'**Assicurato** dichiari la pratica di uno di questi sport o attività, la **Compagnia** procederà ad analizzare il conseguente aggravio del rischio e deciderà sia in fase di sottoscrizione che in corso di **Contratto** se assumere il rischio e adeguare il **Prezzo** o il **Capitale Assicurato** o rifiutare la copertura.

4.4.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi non è ancora attiva (Carenza)

Durante il periodo di **Carenza** della **Copertura Temporanea Caso Morte**, la **Compagnia** paga integralmente ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi**. In altre parole, per la presente copertura non è prevista **Carenza**.

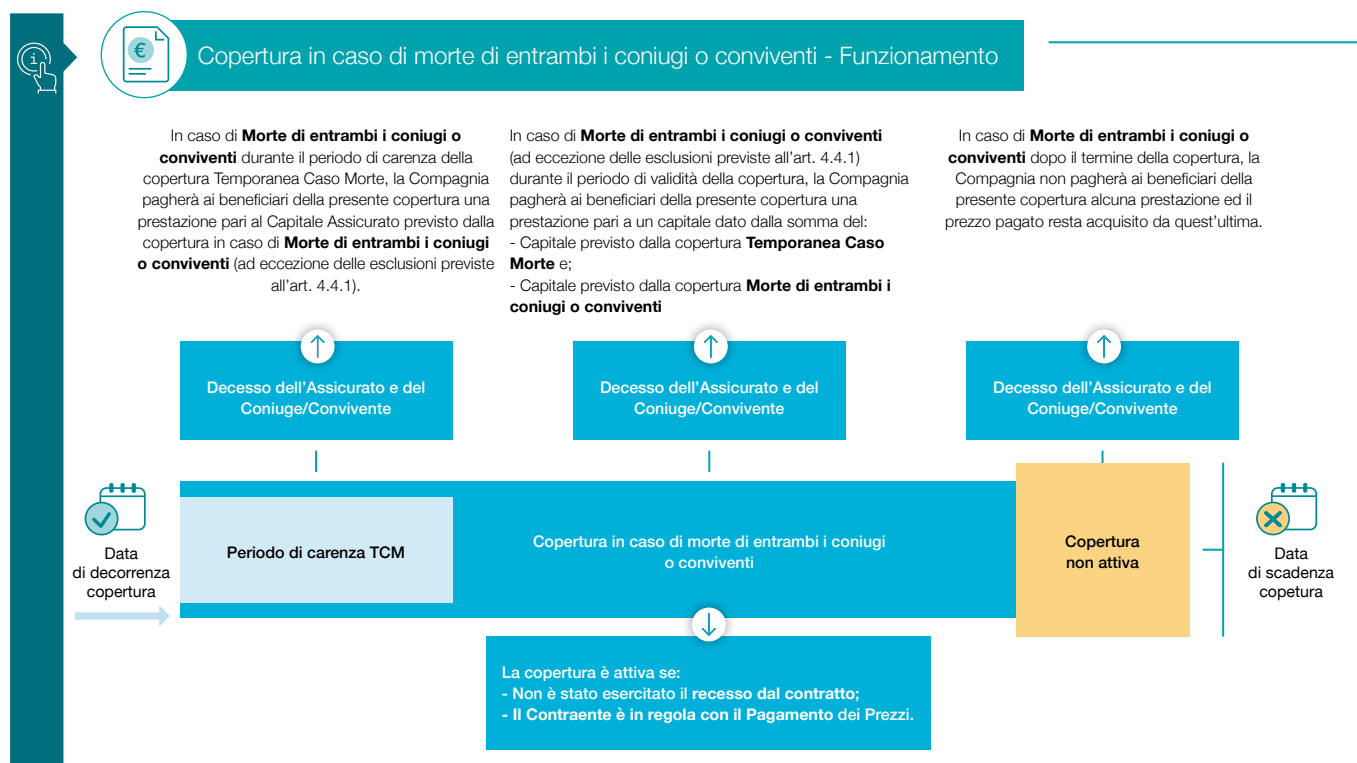
4.5 Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa - Morte di entrambi i coniugi o conviventi

L'importo da versare, indicato sul **Modulo di Polizza**, dipende dal **Capitale Assicurato** e coincide con il **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, fino ad un massimo di 150.000 €, dalle condizioni di salute dell'**Assicurato**, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.

Tale premio è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza (annuale, semestrale o mensile) per tutta la durata contrattuale.

A condizione che l'**Assicurato** sia ancora in vita, il **Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi** del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il **Ciente** può selezionare la rateazione di pagamento (annuale, semestrale o mensile) al momento della conclusione del **Contratto** e non può modificare tale scelta. La rateazione deve essere la medesima per tutte le coperture acquistate. Nel caso il **Ciente** scelga di pagare il premio annuo in rate semestrali o mensili non verrà applicata alcuna maggiorazione sul premio stesso (🔗 Art. 8).



5 Copertura Temporanea Malattia Grave

In caso di diagnosi di **Malattia Grave** dell'**Assicurato**, a condizione che l'**Assicurato** sia in vita nei 30 giorni successivi alla data di prima diagnosi e senza limitazioni territoriali, la **Compagnia** pagherà all'**Assicurato** il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**.

Il pagamento della prestazione determina la cessazione della **Copertura Temporanea Malattia Grave** e la **Compagnia** non pagherà alcun importo in caso di diagnosi di una seconda **Malattia Grave** durante la durata del **Contratto**.

Tale copertura si estingue in caso di decesso dell'**Assicurato** ma è aggiuntiva rispetto alla **Copertura Temporanea Caso Morte** e alla **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, dunque al verificarsi della **Malattia Grave** le predette garanzie non si estinguono.

Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:

TCM

Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai Beneficiari.

In abbinamento alla Garanzia Principale TCM sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa

DD

Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.

LTC

Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di Perdita di Autosufficienza dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In abbinamento alla Garanzia Principale LTC è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia «Capitale Aggiuntivo una tantum»	Sempre attiva

☐ Garanzia oggetto della presente sezione

5.1 Condizioni di assicurabilità

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni e 6 mesi.

Ai fini della validità della presente copertura, alla scadenza contrattuale l'**Assicurato** non potrà avere più di 75 anni e 6 mesi.

Di tale previsione occorrerà tenere conto nella scelta della durata del **Contratto**, in modo tale che l'età dell'**Assicurato** non superi nel corso della stessa durata l'età di 75 anni e 6 mesi.

Esempio 1:**Ipotesi:**

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 40 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare come durata massima della copertura 30 anni, in quanto, anche selezionando la durata massima prevista dal **Contratto**, l'età dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale non supererà i 75 anni e 6 mesi.

Esempio 2:**Ipotesi:**

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 46 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 75 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare 29 anni come durata massima della **Copertura**, in modo tale che alla scadenza contrattuale l'età dell'**Assicurato** non superi i 75 anni e 6 mesi.

La presente copertura può essere sottoscritta solamente da persone fisiche.

L'età del **Cliente**, se persona fisica diversa dall'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni.

5.2 Definizione di Malattia Grave

Per **Malattia Grave** si intende esclusivamente:

- Cancro;
- Infarto miocardico;
- Ictus;
- Innesto di by-pass aortocoronarico;
- Insufficienza renale irreversibile;
- Insufficienza epatica terminale;
- Trapianto d'organo;
- Malattia dei motoneuroni (compresa SLA).

5.2.1 Cancro

Diagnosi definitiva da parte dello specialista oncologo che conferma la presenza di un tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. Il termine "cancro" include, tra le altre, leucemia, sarcoma e linfoma. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico e stadiazione.

Sono esclusi dalla copertura:

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intraepiteliali;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;
- tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
- tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;
- tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non

richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

5.2.2 Infarto miocardico

Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto confermata da uno specialista cardiologo. Deve essere riscontrata la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e deve essere diagnosi certa di infarto miocardico acuto:

- 1) sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
- 2) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla Data di Decorrenza del Contratto;
- 3) tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- b) cardiomiopatia da stress (Takotsubo);
- c) lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.

5.2.3 Ictus

Diagnosi di un nuovo ictus acuto effettuata da uno specialista neurologo e confermata da tecniche ad immagini. Deve essere presente morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo che permangono per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) attacco ischemico transitorio (TIA);
- b) danni cerebrali dovuti ad **Infortunio** o trauma;
- c) disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- d) eventi vascolari della colonna vertebrale;
- e) ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

5.2.4 Innesto di by-pass aortocoronarico

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Questa definizione include anche chirurgia minimamente invasiva (MICS), con o senza sternotomia, a condizione che sia stato inserito un by-pass coronarico. Quest'intervento chirurgico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento.

Sono escluse dalla copertura: procedure non a cielo aperto, quali, tra le altre:

- a) l'angioplastica a palloncino (PTCA);
- b) il cateterismo cardiaco;
- c) la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose.

5.2.5 Insufficienza renale irreversibile

Diagnosi da parte dello specialista nefrologo di insufficienza renale terminale con insufficienza totale ed irreversibile di entrambi i reni. L'insufficienza renale deve essere trattata tramite emodialisi renale continua oppure trapianto renale e il trattamento deve essere deciso da un nefrologo.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;
- b) l'insufficienza renale monolaterale.

5.2.6 Insufficienza epatica terminale

Diagnosi definitiva da parte di uno specialista epatologo di insufficienza epatica terminale con evidenza di compromissione permanente e irreversibile della funzione epatica tale da avere come conseguenze tutte e tre le seguenti complicanze:

- 1) ittero;
- 2) ascite;
- 3) encefalopatia epatica.

È esclusa dalla copertura l'insufficienza epatica terminale correlata ad abuso di alcol o droghe.

5.2.7 Trapianto d'organo

Aver subito quale ricevente un trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o intestino tenue.

È altresì coperto l'effettivo sottoporsi quale ricevente a trapianto di midollo osseo solo se ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista e a condizione che l'assicurato sia stato sottoposto a pre-trattamento tramite chemioterapia mieloablativa e/o radioterapia.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari e trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella definizione.

5.2.8 Malattia dei motoneuroni (compresa SLA)

Diagnosi definitiva da parte di uno specialista neurologo di una delle seguenti malattie dei motoneuroni: atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria e debolezza muscolare all'esame clinico.

5.3 Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave

Il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** è scelto dal **Cliente** e viene riportato all'interno del **Modulo di Polizza**.

L'importo deve essere:

- almeno pari a € 10.000,00 e
- non superiore a € 300.000,00.

La scelta del capitale assicurato può essere effettuata per multipli di € 1.000,00.

5.4 Pagamento del Capitale Assicurato Temporanea Malattia Grave

In caso di diagnosi di **Malattia Grave** dell'**Assicurato**, a condizione che l'**Assicurato** sia in vita nei 30 giorni successivi alla data di prima diagnosi e senza limitazioni territoriali, la **Compagnia** pagherà all'**Assicurato** il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, ad eccezione delle esclusioni riportate all'art. 5.5.

Il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** non è soggetto a rivalutazione.

5.5 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Temporanea di Malattia Grave

5.5.1 Esclusioni

La **Compagnia** non pagherà il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** nei seguenti casi:

- a) dolo del **Cliente** o dell'**Assicurato**;
- b) atto intenzionale dell'**Assicurato**, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- c) atti compiuti dall'**Assicurato** quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- d) malattie/**Infortunio** correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- e) negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
- f) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- g) contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato cui l'**Assicurato** abbia preso parte attiva;
- h) pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob.

Inoltre, per quanto riguarda la **Copertura Temporanea Malattia Grave**, il **Contratto** non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle **Malattie Gravi** coperte di cui l'**Assicurato** abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura.

A tal fine, Infarto, Ictus e Innesto By-Pass Aortocoronarico pregressi vengono considerati come un'unica malattia; vale a dire se l'**Assicurato** ha subito un infarto prima della Data di **Decorrenza** della copertura non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per tutti i futuri infarti, ictus o Innesto By-Pass Aortocoronarico.

5.5.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Temporanea Malattia Grave non è ancora attiva (Carenza)

La presente garanzia si attiva automaticamente trascorsi 6 mesi (**Carenza**) dalla **Data di Decorrenza**.

Il periodo di **Carenza** non è previsto se l'**Assicurato** decide di sottoporsi a visita medica prima dell'attivazione della copertura, ad eccezione della diagnosi della **Malattia Grave** "Cancro" per cui il periodo di **Carenza** è sempre previsto anche in presenza della visita medica.

Durante il periodo di **Carenza**, nel caso in cui all'**Assicurato** venga diagnosticata una **Malattia Grave** tra quelle definite all'art. 5.2, la **Compagnia** paga all'**Assicurato**, al posto del **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, il **Prezzo** pagato per la **Copertura Temporanea Malattia Grave**, ad eccezione del caso in cui la **Malattia Grave** avvenga per conseguenza diretta di **Infortunio** avvenuto dopo la **Data di Decorrenza**. In tale ultimo caso, la **Compagnia** paga all'**Assicurato** il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**.

5.6 Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** viene indicato sul **Modulo di Polizza** e dipende dal **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, dalla durata contrattuale, dall'età dell'**Assicurato**, dalle sue condizioni di salute, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.

Tale premio è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** nonché ad ogni successiva scadenza (annuale, semestrale o mensile) per tutta la durata del **Contratto**.

Se l'**Assicurato** è ancora in vita, il premio per il primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.

Il **Cliente** può selezionare la rateazione di pagamento (annuale, semestrale o mensile) al momento della conclusione del **Contratto** e non può modificare tale scelta. La rateazione deve essere la medesima per tutte le coperture acquistate. Nel caso il **Cliente** scelga di pagare il premio in rate semestrali o mensili non verrà applicata alcuna maggiorazione (🔗 Art. 8).

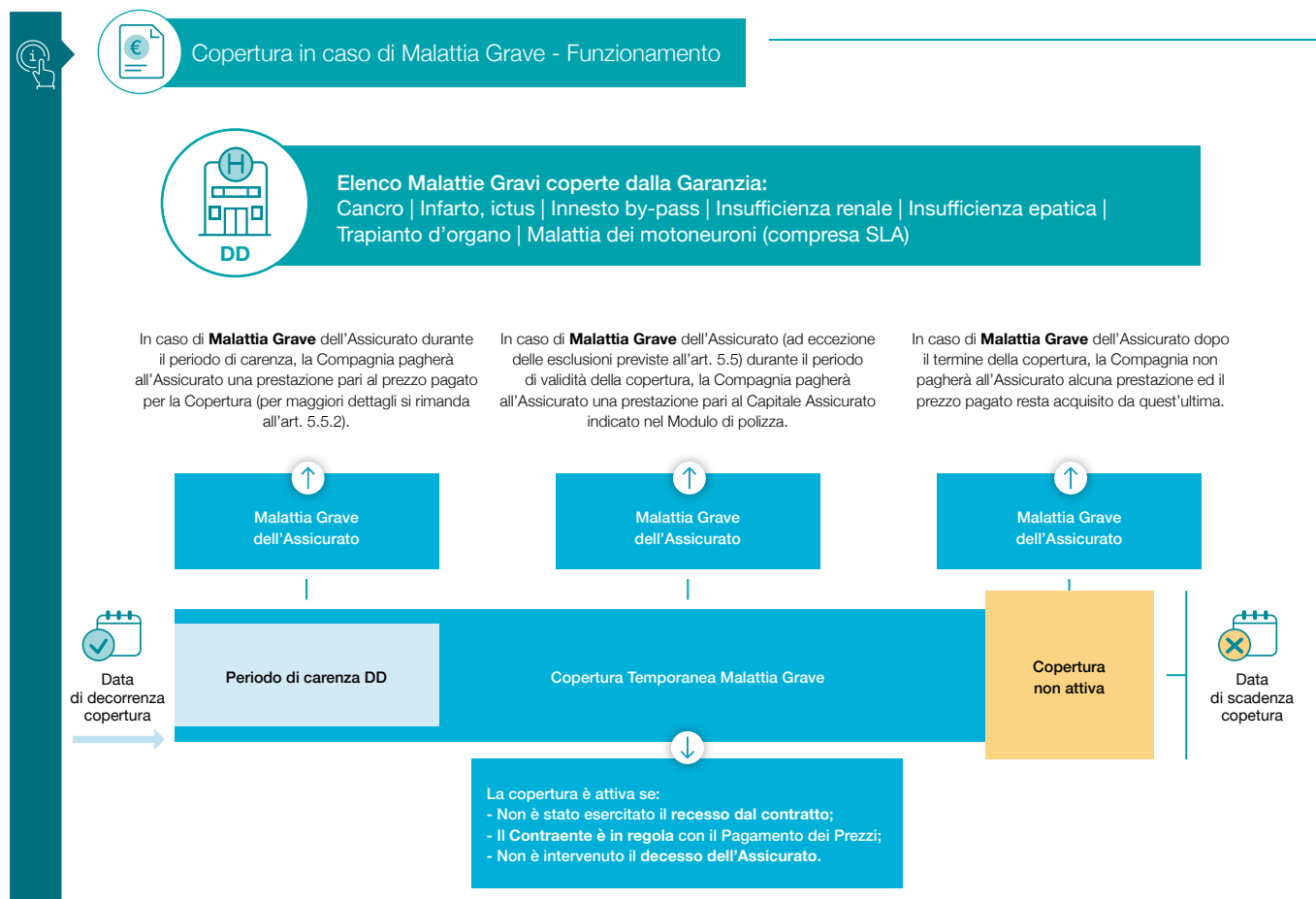
La **Compagnia** può modificare l'importo del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave**, ogni 5 anni a partire dalla **Data di Decorrenza** del **Contratto**. In questo caso la **Compagnia** deve comunicarlo al **Cliente**, almeno 90 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale) a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto.

Il **Cliente** ha facoltà di non accettare la modifica nei modi sotto indicati; in tal caso, la **Compagnia** procederà a ridurre il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** (🔗 art. 16).

Se il **Cliente** non intende accettare la modifica, può non fornire alla **Compagnia** alcun riscontro (che viene equiparato a rifiuto) ovvero comunicare il suo rifiuto espressamente tramite una comunicazione scritta che può essere inviata, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale), con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Se, invece, il **Cliente** intende accettare la modifica, dovrà comunicare la sua volontà alla **Compagnia** tramite una comunicazione scritta, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviarsi ai medesimi recapiti sopra indicati, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale).



6 Copertura Temporanea Non Autosufficienza

In caso di diagnosi di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**, se tale condizione si protrae oltre 90 giorni dalla data di prima diagnosi, senza limitazioni territoriali, la **Compagnia** pagherà all'**Assicurato** la **Rendita Assicurata**, in rate mensili posticipate e per un massimo di 10 anni, a condizione che lo stesso sia ancora in vita e che perduri lo stato di **Non Autosufficienza**.

Il pagamento di tale rendita determina la cessazione della copertura e la **Compagnia** non pagherà alcun importo in caso di diagnosi successiva di **Non Autosufficienza** occorsa nella durata del **Contratto**. Infatti, dal momento del riconoscimento dello stato di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**, il **Cliente** non dovrà più corrispondere i premi delle annualità successive riferibili alla **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**.

In caso di scelta della **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, è sempre inclusa una copertura complementare che prevede il pagamento, unitamente alla prima rata di rendita, del **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza**, pari a 4 mensilità di **Rendita Assicurata**.

Tale copertura è aggiuntiva rispetto alla **Copertura Temporanea Caso Morte** e alla **Copertura Temporanea Malattia Grave**, dunque al verificarsi della condizione di **Non Autosufficienza**, la **Copertura Temporanea Caso Morte** e la **Copertura Temporanea Malattia Grave** non si estinguono.

La **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** si estingue al verificarsi del decesso dell'**Assicurato**.



Prodotto in sintesi

PROTEZIONE PENSARE DOMANI

Protezione Pensare Domani è composto da **3 Garanzie Principali (Moduli)** che, in fase di sottoscrizione del contratto, il **Contraente** può scegliere congiuntamente o separatamente:



Modulo I

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)

In caso di **decesso** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato ai Beneficiari.

In abbinamento alla **Garanzia Principale TCM** sono presenti le seguenti **Garanzie Complementari**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia in caso di Malattia Terminale	Sempre attiva
Garanzia in caso di decesso per infortunio o per infortunio da incidente stradale	Facoltativa
Garanzia in caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi	Facoltativa



Modulo II

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA MALATTIA GRAVE (DD)

Nel caso in cui venga diagnosticata all'**Assicurato** una **Malattia Grave** tra quelle contrattualmente previste, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato all'**Assicurato** stesso.



Modulo III

GARANZIA PRINCIPALE TEMPORANEA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)

Nel caso di **Perdita di Autosufficienza** dell'**Assicurato**, la Compagnia corrisponde all'**Assicurato** stesso una prestazione sotto forma di rendita mensile costante posticipata.

In abbinamento alla **Garanzia Principale LTC** è presente la seguente **Garanzia Complementare**:

GARANZIA COMPLEMENTARE	ATTIVAZIONE
Garanzia « Capitale Aggiuntivo una tantum »	Sempre attiva

 Garanzia oggetto della presente sezione

6.1 Condizioni di assicurabilità

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione della **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni e 6 mesi.

Ai fini della validità della **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, alla scadenza contrattuale l'**Assicurato** non potrà avere più di 80 anni e 6 mesi.

Di tale previsione occorrerà tenere conto nella scelta della durata del **Contratto**, in modo tale che l'età dell'**Assicurato** non superi nel corso della stessa durata l'età di 80 anni e 6 mesi.

Esempio 1:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 45 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 80 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare come durata massima della copertura 30 anni, in quanto, anche selezionando la durata massima prevista dal Contratto, l'età dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale non supererà gli 80 anni e 6 mesi.

Esempio 2:

Ipotesi:

- Età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione del **Contratto**: 51 anni
- Età massima dell'**Assicurato** alla scadenza contrattuale: 80 anni e 6 mesi

Il **Cliente** potrà indicare fino a 29 anni come durata massima della **Copertura**, in modo tale che alla scadenza contrattuale l'età dell'**Assicurato** non superi gli 80 anni e 6 mesi.

La presente copertura può essere sottoscritta solamente da persone fisiche.

L'età del **Cliente**, se persona fisica diversa dall'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione della presente copertura non deve essere inferiore a 18 anni.

6.2 Definizione di Non Autosufficienza

Ai fini del presente **Contratto** è ritenuta non-autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti **l'impossibilità di compiere in autonomia in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate**:

1. Lavarsi - la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia, incluso entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia;
2. Vestirsi e svestirsi - la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. Mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi);
4. Spostarsi - la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. Continenza - la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. Alimentarsi - la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

6.3 Scelta della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza

La **Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza** è scelta dal **Cliente** e viene riportata all'interno del **Modulo di Polizza**.

L'importo della **Rendita Assicurata** mensile scelto deve essere:

- pari ad un minimo di € 1.000,00, e
- non superiore a € 2.500,00.

La scelta della **Rendita Assicurata** mensile può essere effettuata per multipli di € 100,00.

6.4 Pagamento della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza e del Capitale Assicurato per il caso di Non Autosufficienza

In caso di diagnosi di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**, se la condizione si protrae oltre 90 giorni dalla data di prima diagnosi del suo medico curante o incaricato, senza limitazioni territoriali, la **Compagnia** pagherà all'**Assicurato** la **Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza**, in ogni caso finché è in vita e perdura tale stato, in rate costanti posticipate mensili e per un massimo di 10 annualità. Inoltre, in tale ipotesi la **Compagnia** pagherà altresì all'**Assicurato** il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza**, pari a 4 mensilità di **Rendita Assicurata**. Tutte le prestazioni previste dal presente articolo sono effettuate dalla **Compagnia**, ad eccezione del ricorrere delle esclusioni riportate all'art. 6.5.

La **Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza** e il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza** non sono soggetti a rivalutazione e non sono reversibili.

La **Rendita Assicurata** sarà pagata a partire dalla data di denuncia dello stato di **Non Autosufficienza**, accertato secondo quanto previsto negli articoli successivi del presente Contratto e fino a quando questo stato permane. Il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza** verrà liquidato contestualmente al pagamento della prima rata di rendita. Il decesso dell'**Assicurato** o il recupero dello stato di autosufficienza determinano l'interruzione dell'erogazione della **Rendita Assicurata**.

6.5 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura in caso di Non Autosufficienza

6.5.1 Esclusioni

La **Compagnia** non pagherà la **Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza** e il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza** nei seguenti casi:

- azioni dolose del **Cliente** o dell'**Assicurato**;
- guerra civile o straniera, tumulti, rissa, atti di terrorismo nei quali l'**Assicurato** ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- fatti volontari o intenzionali dell'**Assicurato**, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di farmaci o stupefacenti non prescritti dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- patologie derivanti da abuso cronico di alcol;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano etc.), immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey;
- pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto alle forze armate se impiegato in missioni all'estero;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.).

6.5.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Temporanea Non Autosufficienza non è ancora attiva (Carenza)

L'attivazione della Garanzia avviene automaticamente:

- trascorso un periodo di 36 mesi (**Carenza**) dalla **Data di Decorrenza**, in caso di **Non Autosufficienza** causata da malattie neurologiche nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla); e
- trascorso un periodo di 12 mesi dalla **Data di Decorrenza** per altre malattie.

Il periodo di **Carenza** è sempre previsto anche qualora l'**Assicurato** si sottoponga a visita medica.

Durante il periodo di **Carenza**, nel caso in cui venga accertata la **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato** come definita all'art. 6.2, la **Compagnia** paga all'**Assicurato** il premio pagato per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**.

In caso di **Non Autosufficienza** verificatasi durante il periodo di **Carenza**, la **Compagnia** paga all'**Assicurato** integralmente la **Rendita Assicurata** e il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza** solo nel caso in cui tale status sia conseguenza diretta di **Infortunio**, avvenuto dopo la **Data di Decorrenza**.

6.6 Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza** viene indicato sul **Modulo di Polizza** e dipende dalla **Rendita Assicurata**, dalla durata della copertura, dall'età dell'**Assicurato**, dalle sue condizioni di salute, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza** è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza (annuale, semestrale o mensile) per tutta la durata contrattuale.

Se l'**Assicurato** è ancora in vita, il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza** del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il **Cliente** può selezionare la rateazione di pagamento del **Prezzo** (annuale, semestrale o mensile) al momento della conclusione del **Contratto** e non può modificare tale scelta. La rateazione selezionata deve essere la medesima per tutte le coperture acquistate con il **Contratto**. Nel caso il **Cliente** scelga di pagare il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza** in rate semestrali o mensili non verrà applicata alcuna maggiorazione sul **Prezzo** stesso (🔗 Art. 8).

La **Compagnia** può modificare l'importo del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, ogni 5 anni a partire dalla **Data di Decorrenza del Contratto**. In questo caso la **Compagnia** deve comunicare al **Cliente**, almeno 90 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno, in caso di frazionamento mensile o semestrale, a partire dal quale il nuovo premio sarà dovuto.

Il **Cliente** ha facoltà di non accettare la modifica nei modi sotto indicati; in tal caso, la **Compagnia** procederà a ridurre il Capitale Assicurato per il caso di Non Autosufficienza (🔗 art. 16).

Se il **Cliente** non intende accettare la modifica, può non fornire alla Compagnia alcun riscontro (che viene equiparato a rifiuto) ovvero comunicare il suo rifiuto espressamente tramite una comunicazione scritta che può essere inviata, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale), con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Se, invece, il Cliente intende accettare la modifica, dovrà comunicare la sua volontà alla Compagnia tramite una comunicazione scritta, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviarsi ai medesimi recapiti sopra indicati, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale).

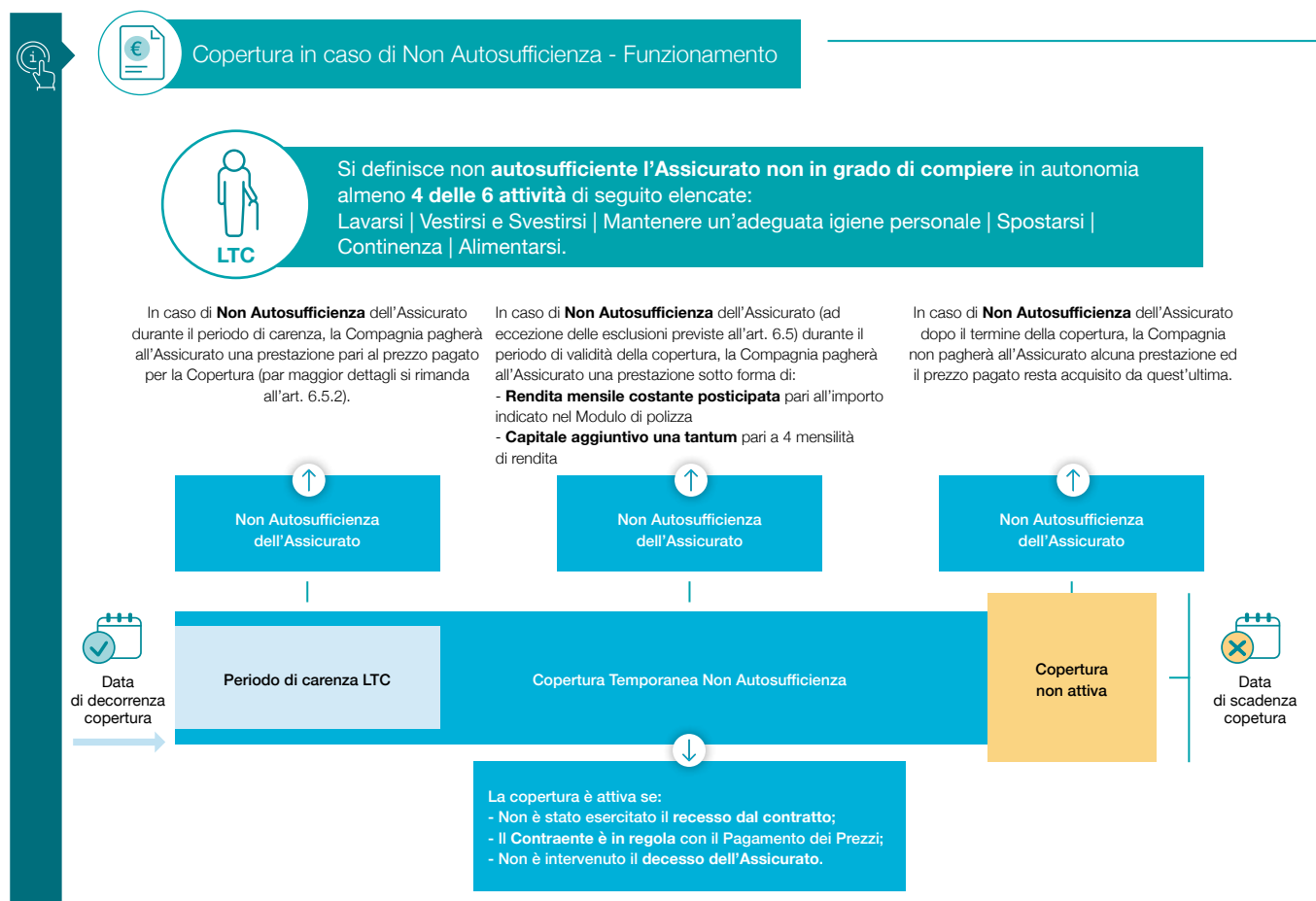
6.7 Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza

Ogni anno, l'**Assicurato** dovrà inviare alla **Compagnia** un documento che ne attesti l'esistenza in vita compilando il modulo "Autocertificazione di esistenza in vita" che verrà inviato all'**Assicurato** dalla **Compagnia**.

Alla scadenza del primo e del secondo anno, dall'inizio dell'erogazione della **Rendita Assicurata**, la **Compagnia** si riserva la facoltà di sottoporre, a proprio carico, l'**Assicurato** ad accertamenti o di richiedere all'**Assicurato** l'opportuna documentazione medica, al fine di verificare l'effettivo permanere dello stato di **Non Autosufficienza**. Qualora durante l'erogazione della **Rendita Assicurata** lo status di **Non Autosufficienza** cessi di esistere, il pagamento della medesima rendita viene interrotto e le eventuali erogazioni non dovute, successive all'accertamento della cessazione della condizione di Non Autosufficienza, dovranno essere restituite alla **Compagnia**.

L'**Assicurato** è tenuto a comunicare alla **Compagnia**, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

In caso di recupero dello stato di autosufficienza, la copertura non viene ripristinata e la **Compagnia** non pagherà alcun importo in caso di diagnosi successiva di **Non Autosufficienza** durante la durata del **Contratto** e non sarà richiesto al **Cliente** il pagamento delle annualità successive di premio.



7 Pacchetto Servizi di Assistenza

Unitamente alle coperture acquistate all'interno del **Contratto** viene automaticamente attivato, senza costi aggiuntivi, un pacchetto di servizi di assistenza che prevede una serie di prestazioni erogate da Inter Partner Assistance S.A., società con la quale la **Compagnia** ha stipulato apposita polizza collettiva. Per prestazioni e servizi di assistenza, l'**Assicurato** dovrà contattare la **Struttura Organizzativa** di Inter Partner Assistance al numero telefonico dedicato. Per maggiori dettagli sui servizi e le prestazioni di assistenza e per reperire il numero telefonico da contattare per ricevere le prestazioni, si rimanda alle Condizioni di Assicurazione del Pacchetto Servizi di Assistenza, allegate alle presenti Condizioni di Assicurazione (Allegato 2).

Tutti i servizi e le prestazioni di assistenza possono essere richiesti qualora (i) la polizza collettiva sottoscritta tra la **Compagnia** e Inter Partner Assistance sia in vigore e (ii) il **Contratto** tra il **Cliente** e la **Compagnia** sia in vigore ed in regola con il pagamento del premio.

La durata dell'assicurazione relativa al Pacchetto di Assistenza di Inter Partner Assistance è pari a 365 giorni dalla data di sua decorrenza e si rinnoverà tacitamente di anno in anno, purché sia in vigore la polizza collettiva stipulata dalla **Compagnia** con Inter Partner Assistance.

La **Compagnia** si riserva, inoltre, di modificare e/o aggiornare e/o integrare e/o ridurre nel corso del tempo le prestazioni e i servizi di assistenza di cui al Pacchetto Servizi di Assistenza di Inter Partner Assistance.

A tal fine, la **Compagnia** si impegna ad informare il **Cliente**, una volta all'anno, nell'ambito del Documento Unico di Rendicontazione, circa l'esistenza delle coperture ed eventuali variazioni al Pacchetto di Assistenza intervenute nel corso dell'anno.

In ogni caso, per consultare la versione vigente delle condizioni che regolano i servizi e le prestazioni di assistenza di Inter Partner Assistance si può accedere al sito della **Compagnia** all'indirizzo www.ca-vita.it, nell'area dedicata al prodotto Protezione Pensare Domani dove è disponibile, all'interno del set informativo, la versione aggiornata delle Condizioni di Assicurazione "Pacchetto Servizi di Assistenza" prestato da Inter Partner Assistance S.A.

8 Prezzo

Il **Cliente** deve pagare un premio annuo ricorrente in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza annuale dello stesso.

Il premio annuo può essere frazionato in rate semestrali o mensili a scelta del **Cliente**, da effettuarsi al momento della sottoscrizione del **Contratto**, senza costi aggiuntivi.

Il frazionamento scelto vale per tutte le coperture acquistate e non può essere modificato nel corso della durata del **Contratto**. L'interruzione del pagamento, anche di una sola rata di premio, comporta, decorsi infruttuosamente 30 giorni dalla relativa scadenza, l'interruzione delle coperture assicurative, salvo che il **Contratto** venga riattivato pagando il premio insoluto come descritto successivamente all'Art.15.

Il premio è dovuto:

- per tutta la durata della garanzia fino al decesso o al riconoscimento dello stato di **Malattia Terminale** dell'**Assicurato**, relativamente alla **Copertura Temporanea Caso Morte**, alla **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** e alla **Copertura Complementare Facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**;
- per tutta la durata della garanzia, ma non oltre al riconoscimento dello stato di **Malattia Grave** o della morte dell'**Assicurato**, relativamente alla **Copertura Temporanea Malattia Grave**; in caso di mancato accertamento della **Malattia Grave** sarà consentito al **Contraente** di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati;

- per tutta la durata della garanzia, ma fino al riconoscimento dello stato di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**, e comunque non oltre la morte dell'**Assicurato**. In caso di mancato accertamento dello stato di **Non Autosufficienza** sarà consentito al **Contraente** di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

8.1 Modalità di pagamento del Prezzo

Il **Cliente** può pagare il premio con due modalità alternative:

- mediante disposizione di pagamento a favore della **Compagnia**, con addebito sul conto corrente intestato o cointestato al **Cliente** e aperto presso uno dei **Soggetti Abilitati**;
- nel caso in cui il conto corrente presso uno dei **Soggetti Abilitati** non sia più attivo, e in ogni caso su volontà del **Cliente**, previo invio a Compagnia del modulo di adeguata verifica (al fine di ottemperare agli obblighi di cui alla normativa Antiriciclaggio, v. paragrafo 25), tramite bonifico a favore della **Compagnia**, indicando nella causale cognome e nome del **Cliente** ed il numero del **Contratto**.

Non sono possibili pagamenti in contanti.

8.2 Maggiorazione del Prezzo

Se:

1. l'**Assicurato**, al momento della sottoscrizione del **Contratto**, dichiara di svolgere una delle attività professionali o sportive riportate nelle Tabelle A e B seguenti, o
2. l'**Assicurato** non gode di un buono stato di salute,

la Compagnia comunica al **Cliente** l'eventuale relativa maggiorazione del **Prezzo** (sovrappremio) che, se accettato e pagato, determina la piena copertura assicurativa. Se il **Cliente** non accetta la maggiorazione del **Prezzo**, la **Compagnia** rifiuta la copertura assicurativa dell'**Assicurato**.

Tabella A

Attività professionali
Acrobati a terra
Agricoltore (agricoltura) - tutti i tipi di allevatori e coltivatori con mansioni manuali
Aiutante del circo (spettacolo)
Alpinismo - professionista
Arti marziali - professionista
Attività di raffinazione del petrolio
Attività in sommergibili
Autista (guida)
Autista (industria estrattiva)
Autotrasportatore
Bagnino (part time o personale non qualificato)
Bagnino professionista
Caccia e tiro - professionista
Carpentiere (edile)
Conducente (guida) veicolo per merci pesanti
Conducente di ambulanze (guida)
Costruttori di tunnel pozzi torri ciminiere
Decoratore su impalcature alte meno di 15 mt.
Elettrauto
Elettricista alta tensione
Elettricista e montatore su piattaforme alte meno di 15 mt.
Elettricista in esterni con impalcature alte meno di 15 mt.
Elettricista in interni
Estrazione materiali non radioattivi

Fabbricante di cavi
Fabbricazione e installa parafulmini su piattaforme alte meno di 15 mt.
Fabbro su impalcature e ponti alti meno di 15 mt.
Falegname
Fonditore a inclinazione
Fonditore di catrame
Fornitura di acqua
Geologo (industria mineraria) attività di superficie
Geologo (industria mineraria) attività sotterranea
Gommista
Guardia forestale
Guardia notturna/giurata
Guardiano di zoo
Idraulico
Idraulico (tecnici specializzati)
Idraulico lattoniere su impalcature alte meno di 15 mt.
Imbianchino da esterni su piattaforme alte meno di 15 mt.
Imprenditore edile (lavoratore manuale) su piattaforme alte meno di 15 mt.
Imprenditore lavoro manuale
Ingegnere nucleare - energia nucleare
Installatore insegne con piattaforme alte meno di 15 mt.
Installatore di binari e ferrovie
Installatore riparatore linee elettriche ferroviarie su piattaforme alte meno di 15 mt.
Installatore tralicci linee elettriche su piattaforme alte meno di 15 mt.
Installatore tralicci/cavi teleferica su piattaforme alte meno di 15 mt.
Investigatore (tecnici specializzati)

Istruttore di equitazione
Laminatore con pressa meccanica
Lavorazione del legno dell'industria manifatturiera
Macchinista (ferrovie)
Macellatore (industria alimentare)
Marmista su impalcature alte meno di 15 mt.
Membro delle forze armate con mansioni di ufficio o agente semplice senza missioni all'estero
Membro delle forze armate senza mansioni di ufficio o missioni all'estero
Militare in carriera
Minatore
Minatore non a contatto con esplosivi o radioattività
Montatore di antenne (telecomunicazioni) su piattaforme alte meno di 15 mt.
Mosaicista su impalcature alte meno di 15 mt.
Muratore su piattaforme alte meno di 15 mt.
Operaio (industria estrattiva/manifatturiera)
Operaio in industria chimica e della plastica
Operaio industria dei fiammiferi
Operaio installazione circhi
Operaio muratore (personale non qualificato) su impalcature alte meno di 15 mt.
Operaio nelle demolizioni (edilizia) con esplosivi
Operaio nelle demolizioni (edilizia) senza esplosivi
Operatore agricolo
Operatore di forno - ceramica
Operatore nelle demolizioni di navi con uso di esplosivi
Operatore nelle demolizioni di navi senza uso di esplosivi
Pastore (agricoltura)

Perito
Personale non qualificato che non lavora con: esplosivi, infiammabili, impalcature, presse, tunnel, pozzi e miniere
Personale ricerca e perforazione per l'estrazione di petrolio e gas naturale
Personale su nave da salvataggio (no immersione)
Personale su petroliere
Personale su piattaforme marine addetto all'estrazione di petrolio e gas naturale
Pescatore alto mare su imbarcazioni lunghe da 15 a 40 mt.
Pescatore alto mare su imbarcazioni lunghe oltre 40 mt.
Pescatore costiera mare su imbarcazioni lunghe meno di 15 mt.
Pescatore costiera mare su imbarcazioni lunghe più di 15 mt.
Pilota civile commerciale/di linea aerea
Pompieri
Ponteggiatore (edilizia) su piattaforme alte meno di 15 mt.
Pulitore esterno edifici su piattaforme alte meno di 15 mt.
Qualsiasi attività su piattaforme alte più di 15 mt.
Responsabile bagagli (marina mercantile)
Scaricatore di porto
Scavo di tunnel o gallerie - ingegnere civile
Scavo di tunnel o gallerie - perforatore
Segatore
Senza occupazione
Speleologo
Sport equestri (fantino professionista)
Taglialegna
Tagliatori manifattura (pelle, pellicce ecc.)
Tappezziere su impalcature alte meno di 15 mt.

Tecnico manutenzione navale
Tecnico manutenzione telecomunicazioni
Termoidraulico
Trivellatore
Ufficiale di dogana
Vetraio (edilizia)
Vigile del fuoco (pronto intervento)
Vigile urbano
Vulcanizzatore

Tabella B

Attività Sportiva
Acque interne
Adventure racing
Aliante meno di 25 ore l'anno
Aliante più di 25 ore l'anno
Alpinismo meno di 4.000 metri
Alpinismo più di 4.000 metri
Altri sport pericolosi
Arrampicata
Arti marziali agonistiche svolte professionalmente
Arti marziali anche agonistiche ma non svolte professionalmente
Attività sub (sportiva) meno di 40 metri di profondità
Attività sub (sportiva) più di 40 metri di profondità
Automobilismo (autocross, cross country, marshal, stock car)
Automobilismo (monoposto, rally, berline, dragster, kart, altro) con partecipazione a gare
BASE Jumping
Bob
Bungee Jumping
Canoa/Kayak senza partecipazione a gare
Canoa/Kayak/Rafting su rapide senza partecipazione a gare
Canottaggio
Canottaggio: manifestazioni nazionali/internazionali/attraversata oceanica
Canyoning
Competizioni motonautica
Corsa con cani/skijoring

Deltaplano/parapendio/deltaplano a motore meno di 50 ore l'anno
Deltaplano/parapendio/deltaplano a motore più di 50 ore l'anno
Giro del mondo
Hockey su ghiaccio
Jet skiing (moto d'acqua)
Maestro di Bungee Jumping
Mongolfiera
Motociclismo (corse di accelerazione/enduro/motocross)
Motociclismo con partecipazione a gare su circuito
Motoslitta
Nuoto
Nuoto: manifestazioni in mare aperto/endurance/campionati
Paracadutismo meno di 50 lanci l'anno
Paracadutismo più di 50 lanci l'anno
Pattinaggio su ghiaccio
Pugilato svolto non professionalmente
Pugilato svolto professionalmente
Rafting
Sci alpino
Sci d'acqua/Sci nautico
Sci di fondo/sci alpinismo/con ciaspole
Sci estremo
Sci freestyle/sci acrobatico
Sci fuori pista
Sci/Snowboard
Sci-bob

Slittino
Snowboard
Snowkiting
Speleologia
Surf
Torrentismo
Tuffi (da scogli)
Tuffi (da trampolino)
Ultraleggeri meno di 25 ore l'anno
Ultraleggeri più di 25 ore l'anno
Vela amatoriale/dilettante o professionista acque interne
Vela competizioni (Transoceanica)
Vela competizioni in solitaria (Transoceanica)
Vela iceracing
Vela iceracing in solitaria
Vela offshore
Vela offshore in solitaria
Volo acrobatico
Windsurf/boardsailing
Zorbing

9 Durata delle Coperture e del Contratto

La durata delle coperture è espressa in anni interi ed è scelta dal **Cliente**, il quale può selezionare durate differenti per le diverse coperture, nel rispetto dei seguenti limiti e delle condizioni di assicurabilità delle singole garanzie:

- **Copertura Temporanea Caso Morte**: da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni
- **Copertura Temporanea Malattia Grave**: da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni
- **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**: da un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni

La durata delle seguenti coperture:

- copertura relativa alla prestazione anticipativa in caso di **Malattia Terminale**,
- **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale**, e
- **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**,

coincide con la durata della **Copertura Temporanea Caso Morte** scelta dal **Cliente**.

La durata della copertura relativa alla prestazione di **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza** coincide con la durata della **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** scelta dal **Cliente**.

La durata del **Contratto** è il periodo di tempo compreso tra la **Data di Decorrenza** e la **Data di Scadenza** indicate nel **Modulo di Polizza** e coincide con la durata massima delle coperture acquistate. Per maggior chiarezza, la **Data di Scadenza** coincide con:

- il termine ultimo di durata delle coperture selezionate dal **Cliente**, nel caso in cui le stesse abbiano lo stesso arco temporale; o
- Il termine ultimo della copertura selezionata dal **Cliente** avente l'arco temporale più lungo, nel caso in cui le coperture selezionate dal **Cliente** abbiano diversa durata.

C - Il Contratto dalla A alla Z

10 Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato

10.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del rischio assicurato

Il **Cliente** e l'**Assicurato** hanno l'obbligo di fornire dichiarazione esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della **Compagnia** o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della **Compagnia**, su circostanze rilevanti per la determinazione del rischio e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della Compagnia a stipulare il **Contratto**, l'applicazione di un premio maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del C.C. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del **Contratto**, altrimenti possono consentire il recesso della **Compagnia**.

10.2 Dichiarazioni con rilevanza fiscale o richieste dalla legge

Alcune informazioni, ad esempio la residenza del **Cliente** persona fisica o la sede del **Cliente** persona giuridica, sono richieste dalla legge in quanto rilevanti a fini fiscali. Le dichiarazioni del **Cliente** devono essere anche in questi casi complete e veritiere.

10.3 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

La modifica della professione o dell'attività svolte dall'**Assicurato** in corso di **Contratto** può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla **Compagnia**.

In tali ipotesi, il **Cliente** deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento di professione o attività sportiva svolte dall'**Assicurato** eventualmente intervenute in corso di **Contratto**.

Si applica in ogni caso quanto previsto dall'art. 1926 Cod.civ.



Art. 1926 c.c. Aggravamento del rischio

I cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora non aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione [1898 c.c.].

Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.

Se l'assicurato dà notizia dei suddetti cambiamenti all'assicuratore, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

Se l'assicuratore dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi su indicati, l'assicurato, entro quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.

Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto [1925 c.c.]. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'assicuratore.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste dai commi precedenti possono farsi anche mediante raccomandata [1932 c.c.; 187 disp. att. al codice civile].

Se l'**Assicurato** inizia a fumare dopo la conclusione del **Contratto**, nel caso di acquisto della **Copertura Temporanea Caso Morte**, deve comunicarlo per iscritto entro 30 giorni mediante raccomandata alla **Compagnia** che, fermo restando il premio annuo costante versato, provvederà a ricalcolare il corrispondente capitale ai recapiti della **Compagnia**.

11 Conclusione ed Efficacia del Contratto

Il **Contratto** è concluso (perfezionato) nel giorno in cui lo stesso è sottoscritto da tutti i soggetti la cui sottoscrizione è richiesta.

La **Compagnia** assume il rischio solo in seguito all'accertamento dello stato di salute dell'**Assicurato** (vd. Allegato 1) tramite:

- a) sottoscrizione di un questionario sullo stato di salute, o
- b) consegna di un rapporto di visita medica, o
- c) una serie di accertamenti medici più approfonditi, che la **Compagnia** può chiedere per la valutazione dello stato di salute dell'**Assicurato**.

Il **Contratto** produce i propri effetti a partire dalla **Data di Decorrenza**, ma solo se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati.

Le condizioni di operatività della **Carenza** sono indicate nelle sezioni dedicate delle singole coperture.

Per lo svolgimento di alcune delle attività connesse all'assunzione in copertura e alla gestione dei contratti e dei pagamenti connessi, la **Compagnia** si avvale del supporto tecnico e operativo della società di servizi Inter Partner Assistance Services S.r.l. (IPAS) con la quale ha in essere uno specifico accordo; pertanto, ai fini del corretto svolgimento di alcune delle attività rilevanti, il **Cliente** e/o l'**Assicurato** dovranno comunicare informazioni, prendere contatto o fare riferimento a IPAS secondo le istruzioni che verranno loro fornite.

12 Risoluzione del Contratto

Il **Contratto** si risolve in caso di:

- a) Recesso;
- b) morte dell'**Assicurato**;
- c) scadenza del **Contratto** (alla **Data di Scadenza**);
- d) risoluzione del **Contratto** per mancato pagamento anche di una sola rata di premio trascorsi 6 mesi dalla scadenza della stessa, senza che sia stata utilizzata la facoltà di riattivazione secondo quanto precisato dal successivo art. 15.

13 Diritto di Recesso

Il **Cliente**, entro 30 giorni dal momento in cui il **Contratto** è concluso o dal momento, se successivo, in cui ha ricevuto la documentazione, può chiederne la cessazione degli effetti (Recesso). Affinché l'esercizio del recesso sia valido, il **Contraente** deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Servizio Portafoglio

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dal **Soggetto Abilitato** o dalla **Compagnia**, sia il **Cliente** che la **Compagnia** sono liberi da ogni obbligazione contrattuale. Entro 30 giorni da tale momento la **Compagnia** pagherà un importo pari alla somma di tutti i premi versati dal **Cliente**.

In caso di vincolo, l'operazione di recesso richiede anche l'assenso scritto del vincolatario.

14 Sospensione dei pagamenti

Il mancato pagamento del premio annuo o, nel caso in cui il premio sia stato rateizzato, anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta la sospensione del Contratto e delle prestazioni assicurative fino al termine del periodo di 6 mesi decorrenti dalla data di scadenza del premio non corrisposto. In tale periodo, in caso di sinistro, la **Compagnia** non procede ad effettuare alcun pagamento. A giustificazione del mancato pagamento di una rata del premio, il **Cliente** non può, in nessun caso, opporre il mancato invio della **Compagnia** di avvisi di scadenza o la mancata esecuzione della **Compagnia** dell'incasso a domicilio.

15 Ripresa dei pagamenti

Entro 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non corrisposta, il **Cliente** può riattivare il **Contratto**, pagando un importo di riattivazione pari alle rate di premio rimaste insolute. La riattivazione del **Contratto** ha effetto dal giorno del pagamento dell'importo di riattivazione e ripristina l'intero valore del **Capitale Assicurato** e della **Rendita Assicurata**.

Trascorsi 6 mesi dalla sospensione senza che il **Cliente** abbia riattivato il **Contratto** ai sensi del presente articolo, il **Contratto** si risolve e il premio pagato resta acquisito dalla **Compagnia**.

16 Riduzione

16.1 Riduzione del Capitale Assicurato per il caso morte

Il **Contratto** non consente riduzione del **Capitale Assicurato per il caso morte**.

16.2 Riduzione del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave

Il **Cliente** può decidere di accettare o non accettare la modifica del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** (☞ art. 5.6) che eventualmente può essere apportata dalla **Compagnia** ogni 5 anni dalla **Data di Decorrenza** del **Contratto**.

Se il **Cliente** non intende accettare la modifica, può non fornire alla **Compagnia** alcun riscontro (che viene equiparato a rifiuto) ovvero comunicare il suo rifiuto espressamente tramite una comunicazione scritta che può essere inviata, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale), con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Se, invece, il **Cliente** intende accettare la modifica, dovrà comunicare la sua volontà alla **Compagnia** tramite una comunicazione scritta, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviarsi ai medesimi recapiti sopra indicati, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale).

Se il **Cliente** non comunica la sua accettazione della modifica di premio nei termini sopra indicati, il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** si riduce, a partire dall'anno successivo, di un importo pari all'aumento del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave**.

16.3 Riduzione della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza

Il **Cliente** può decidere di accettare o non accettare la modifica del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza** (art. 6.6) che eventualmente può essere apportata dalla **Compagnia** ogni 5 anni dalla **Data di Decorrenza del Contratto**.

Se il **Cliente** non intende accettare la modifica, può non fornire alla **Compagnia** alcun riscontro (che viene equiparato a rifiuto) ovvero comunicare il suo rifiuto espressamente tramite una comunicazione scritta che può essere inviata, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale), con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Se, invece, il **Cliente** intende accettare la modifica, dovrà comunicare la sua volontà alla **Compagnia** tramite una comunicazione scritta, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviarsi ai medesimi recapiti sopra indicati, almeno 45 giorni prima della scadenza della rata annuale di premio o della prima rata dell'anno (in caso di frazionamento mensile o semestrale).

Se il **Cliente** non comunica alla **Compagnia** l'accettazione della modifica del premio per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** nei termini sopra indicati, la **Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza** si riduce, a partire dall'anno successivo, di un importo pari all'aumento del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza**.

17 Costi

Sul Contratto gravano i seguenti costi:

- commissioni: da ogni Prezzo annuo vengono detratti:
 - a) €5
 - b) 40% di ogni Prezzo annuo pagato al netto del costo al punto a)

La **Compagnia** sosterrà i costi legati ad eventuali accertamenti sanitari richiesti per la sottoscrizione del **Contratto** o per l'eliminazione della **Carenza** fino ad un massimo di 100,00 €.

In particolare, la **Compagnia** rimborserà fino a 100 euro al **Cliente** a seguito della conclusione del **Contratto** e dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa.

Il contributo, fino a 100,00 €, a copertura delle spese sostenute per gli accertamenti sanitari, verrà corrisposto da parte di IPAS, provider della **Compagnia**, come meglio individuato all'art. 11 che precede, a mezzo bonifico bancario, sul conto corrente indicato dal **Cliente**.

In caso di mancata conclusione del **Contratto**, il costo degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati è interamente a carico del **Cliente**.

18 Prestiti

La **Compagnia** non concede prestiti sul presente **Contratto**.

19 Cessioni di credito, pegno o vincoli

Il **Cliente** non può cedere a terzi i diritti di credito derivanti dal **Contratto** o costituirli in pegno.

Il **Cliente** può chiedere che al **Contratto** venga apposta una clausola di vincolo a favore di un terzo.



Clausola di vincolo

Con la così detta “clausola di vincolo”, il cui contenuto può variare e deve essere concordato tra il **Cliente** e la **Compagnia**, può essere previsto, ad esempio, che le **prestazioni assicurate** non possono essere corrisposte ai **Beneficiari** senza il consenso di un soggetto terzo, titolare del vincolo, oppure che le prestazioni assicurate devono essere corrisposte direttamente al titolare del vincolo.

I vincoli diventano efficaci solo quando la **Compagnia**, a seguito di comunicazione scritta, ne abbia fatto annotazione sull'originale del Modulo di Polizza ovvero su apposita appendice di polizza che costituirà parte integrante del **Contratto** medesimo. Da tale momento il recesso e il pagamento delle prestazioni assicurate richiedono il consenso scritto del soggetto a cui favore è stato apposto il vincolo.

La **Compagnia** può opporre al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo le eccezioni che le spetterebbero verso il **Contraente** sulla base del **Contratto**.

20 Duplicati

In caso di smarrimento, distruzione o sottrazione del **Contratto** la **Compagnia** consegnerà al **Cliente** o agli altri aventi diritto un duplicato previa richiesta alla **Compagnia**, allegando copia di un documento di identità in corso di validità.

Inoltre, nel corso del procedimento di liquidazione del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, la **Compagnia**, a richiesta del **Beneficiario**, consegnerà copia del **Contratto** in suo possesso, completa di eventuali appendici o modificazioni, senza che siano applicate ulteriori spese.

21 Beneficiari

21.1 Nomina

Il **Cliente** designa un beneficiario o più beneficiari per la **Copertura Caso Morte**.

La designazione dei beneficiari può essere:

- Generica: il **Cliente** nomina genericamente i beneficiari (es. coniuge; figli; eredi legittimi etc)
- Specifica: il **Cliente** indica nominativamente i beneficiari (nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, etc).

Nel solo caso di designazione specifica del/dei beneficiario/beneficiari, anche al fine di consentire alla Compagnia il corretto adempimento delle norme in materia di antiriciclaggio, il **Cliente** è tenuto a fornire:

- in caso di persona fisica: nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, luogo di nascita, e il legame tra beneficiario e **Cliente**;
- in caso di persona giuridica: la denominazione, la sede legale, il numero d'iscrizione nel registro delle imprese ovvero nel registro delle persone giuridiche o, in alternativa, il numero di codice fiscale e il legame tra beneficiario e **Cliente**.

Per le seguenti coperture: garanzia anticipativa in caso di **Malattia Terminale**, **Copertura Temporanea Malattia Grave** e **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, il **Beneficiario** coincide con l'**Assicurato**.

21.2 Revoca e modifica

Il **Cliente** può in qualsiasi momento revocare o modificare la designazione dei **Beneficiari**, salvo diversa previsione di legge.



Quando la legge prevede che non si può modificare la designazione del **Beneficiario**?

La designazione dei **Beneficiari** non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il **Cliente** ha dichiarato per iscritto alla Compagnia di rinunciare al potere di revoca e il **Beneficiario** ha dichiarato per iscritto alla Compagnia di accettare il beneficio;
- dopo la morte del **Cliente**;
- dopo che, verificatasi la morte del **Cliente**, il **Beneficiario** ha comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

21.3 Modalità di nomina, modifica e revoca

La nomina, la modifica e la revoca possono essere fatte dal **Cliente**:

- nel **Modulo di Polizza**;
- nel testamento del **Cliente**;
- con dichiarazione scritta che può essere:
 - Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
 - Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Nomina, modifica e revoca, anche se effettuati col testamento, sono atti unilaterali recettizi, cioè, dato che la **Compagnia** non può eseguire ciò che non conosce, diventano opponibili alla **Compagnia** e possono essere da questa eseguiti solo quando giunti a sua conoscenza.

21.4 Divisione del Capitale Assicurato tra più **Beneficiari**

Se è stato nominato più di un **Beneficiario**, il **Capitale Assicurato** sarà ripartito tra i **Beneficiari** in quote uguali, salvo diversa ripartizione indicata dal **Cliente**, con le medesime modalità con cui può effettuare la nomina, modifica o revoca del **Beneficiario**.

22 Referente

Il **Cliente**, per esigenze di riservatezza, può nominare un Referente, diverso dai **Beneficiari**, a cui la **Compagnia** potrà far riferimento in caso di morte dell'**Assicurato**.

23 Collegio Medico

23.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

- a) indennizzo del sinistro,

- b) stato di Malattia Terminale
- c) stato di Malattia Grave
- d) stato e grado della Non Autosufficienza,
- e) applicazione dei criteri di indennizzo

le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione delle suddette questioni ad un collegio di 3 medici.

23.2 Nomina e residenza del Collegio

I membri del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio del **Cliente**.

23.3 Procedura

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

23.4 Spese

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

24 Antiterrorismo e sanzioni internazionali

La **Compagnia**, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances, Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia, facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.SA), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad **Embargo** o **Asset Freeze**) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di CA.SA., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente **Contratto** assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

25 Antiriciclaggio

La **Compagnia**, in base a quanto sancito dalla normativa dettata in materia antiriciclaggio, è tenuta a raccogliere tutte le informazioni utili ad adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Il **Cliente** deve fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica in materia antiriciclaggio.

Qualora la **Compagnia**, in conseguenza della non collaborazione del **Cliente**, si trovi nell'impossibilità oggettiva di poter rispettare gli obblighi di adeguata verifica, la stessa dovrà astenersi dal concludere il **Contratto** o dall'eseguire le operazioni richieste.

26 Informativa in corso di Contratto

La **Compagnia** deve comunicare al **Cliente**:

- le modifiche statutarie riguardanti il cambio di denominazione sociale o il trasferimento di sede sociale;
- il trasferimento di portafoglio e le operazioni di fusione e scissione;
- modifiche alla normativa successive alla conclusione del **Contratto**.

27 Tasse e imposte

Tutte le imposte e tasse relative al **Contratto** sono a carico del **Cliente** e dei **Beneficiari**.

28 Foro competente

Il foro competente per le controversie relative al **Contratto** è quello di residenza o domicilio del **Cliente**, dell'**Assicurato** o del **Beneficiario** che sia persona fisica e consumatore.

29 Legge applicabile al Contratto

Il **Contratto** è regolato dalla legge italiana. Oltre alle previsioni contenute nel **Contratto**, trovano pertanto applicazione anche le norme di legge.

D - Pagamenti della Compagnia

30 Richieste di pagamento

Per richiedere il pagamento alla **Compagnia**, per qualunque causa, l'**Assicurato** o, a seconda del caso, i **Beneficiari** devono firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
- Inviata tramite e-mail all'indirizzo:
sinistri.vita@ca-vita.it, oppure
- Inviata tramite PEC all'indirizzo:
liquidazioni.ca-vita@legalmail.it
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Liquidazioni
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Alla comunicazione devono essere sempre allegati:

Per tutte le garanzie:

- Copia di un documento di identità e del codice fiscale del richiedente (a seconda del caso l'**Assicurato** o i **Beneficiari**), se non già presentati o se quelli presentati sono scaduti;
- Se la richiesta è effettuata da un procuratore o da un rappresentante legale, oltre all'atto di nomina, è necessario allegare anche copia di un documento di identità e del codice fiscale di questo soggetto;
Se uno dei **Beneficiari** è minore o incapace, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizza alla riscossione della somma ed indica le modalità del reimpiego di tale somma. Inoltre:
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte**, del **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale e Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi**, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti (🔗 Art.30);
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Terminale**, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti (🔗 Art.31);
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti (🔗 Art.32);
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato per il caso di Non Autosufficienza e della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza**, i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti (🔗 Art.33);

La **Compagnia** si riserva comunque il diritto, se vi sono di particolari esigenze di approfondimento, di richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento, individuare gli aventi diritto e adempiere agli obblighi di natura fiscale.

31 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte dell'Assicurato

Le previsioni del presente articolo si applicano in caso di attivazione della **Copertura Temporanea Caso Morte**, della **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** e per la **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**.

I **Beneficiari** devono presentare la seguente documentazione:

- Certificato di morte dell'**Assicurato**, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice.
- Copia della cartella clinica informatizzata limitata ai 5 anni antecedenti la **Data di Decorrenza**. In assenza di cartella clinica informatizzata, dovrà essere fornita anamnesi medica limitata ai 5 anni antecedenti la **Data di Decorrenza**;
- Relazione del medico curante;
- In caso di morte violenta (**Infortunio**, suicidio, omicidio): documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze della morte;
- In caso di morte dovuta a **Infortunio da Incidente Stradale**, oltre a tutti i documenti sopra riportati: rapporto di Polizia o delle autorità competenti comprensivo di test alcolimetrico e test sull'abuso di sostanza stupefacenti se previsto;
- In caso di **morte di entrambi i coniugi o conviventi**: Stato di famiglia, estratto di matrimonio o, in alternativa, autodichiarazione del **Beneficiario** o del suo Tutore Legale sul legame tra i due conviventi deceduti.
- Se il **Cliente** ha nominato come Beneficiari gli eredi dell'**Assicurato**
 - Se l'**Assicurato** ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il testamento presentato è l'unico o ultimo conosciuto e, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono insorte vertenze sull'eredità o mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre le persone chiamate dal testatore non ve ne sono altre alle quali la legge riserva una quota di eredità o altri diritti alla successione;
 - Se l'**Assicurato** non ha lasciato un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come **Beneficiari**.
- Se il **Cliente** ha nominato i **Beneficiari** senza fare riferimento alla loro qualità di erede (ad esempio indicando il nome del **Beneficiario**)
 - la documentazione necessaria per provare la propria designazione, se tale designazione non risulta già dal
 - **Modulo di Polizza** o dalla documentazione in possesso della **Compagnia**;
 - Se l'**Assicurato** ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - quali sono i **Beneficiari**,
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre ai **Beneficiari** menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e
 - che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei **Beneficiari**.
 - Se l'**Assicurato** non ha lasciato un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come **Beneficiari**.

La **Compagnia** può richiedere l'originale del **Contratto** se c'è un contrasto tra quanto richiesto dal **Beneficiario** e la documentazione in possesso della **Compagnia** o quando la **Compagnia** contesti l'autenticità del **Contratto** o di

altra documentazione contrattuale che il **Beneficiario** intenda far valere. Quanto previsto dal presente comma non deroga tuttavia alle disposizioni di legge applicabili in caso di contenzioso.

32 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Terminale dell'Assicurato

In caso di attivazione della copertura per **Malattia Terminale**, l'**Assicurato** deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della **Malattia Terminale** di cui risulti affetto l'**Assicurato**, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'**Assicurato** al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'**Assicurato**.

33 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave dell'Assicurato

In caso di attivazione della **Copertura Temporanea Malattia Grave**, l'**Assicurato** deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della **Malattia Grave** di cui risulti affetto l'**Assicurato**, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'**Assicurato** al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'**Assicurato**.

34 Pagamento della Rendita Assicurata e del Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato

In caso di attivazione della **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, l'**Assicurato** deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi di **Non Autosufficienza** di cui risulti affetto l'**Assicurato**, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'**Assicurato** al momento della denuncia, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'**Assicurato**.

Alla scadenza del primo e del secondo anno dall'inizio dell'erogazione della rendita, la **Compagnia** si riserva a proprio totale carico, la facoltà di sottoporre l'**Assicurato** ad accertamenti o di richiedere all'**Assicurato** documentazione medica al fine di verificare l'effettivo permanere dello stato di **Non Autosufficienza**.

Qualora durante l'erogazione della **Rendita Assicurata**, lo status di **Non Autosufficienza** cessi di esistere, il pagamento della **Rendita Assicurata** viene interrotto e le eventuali erogazioni non dovute, a partire dall'accertamento della cessazione della condizione di **Non Autosufficienza**, dovranno essere restituite alla **Compagnia**.

L'**Assicurato** è tenuto a comunicare alla **Compagnia**, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera di raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

In caso di recupero dello stato di autosufficienza la copertura non viene ripristinata e la **Compagnia** non pagherà alcun importo in caso di diagnosi successiva di **Non Autosufficienza** durante la durata del **Contratto**; in tal caso, il **Cliente** non dovrà più pagare alcun premio riferibile alla **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**.

In caso di decesso dell'**Assicurato** nei 90 giorni successivi alla diagnosi di **Non Autosufficienza** effettuata dal suo medico curante o incaricato, nulla è dovuto da parte della **Compagnia**.

In caso di decesso dell'**Assicurato** durante il periodo di accertamento dello stato di **Non Autosufficienza**, ma comunque trascorsi 90 giorni dalla diagnosi, la **Compagnia** riconoscerà comunque una prestazione pari al **Capitale**

aggiuntivo una tantum e alla **Rendita Assicurata** mensile posticipata per il numero di mensilità trascorse dalla data successiva al termine dei 90 giorni fino al decesso.

In caso di decesso dell'**Assicurato** durante l'erogazione della **Rendita Assicurata**, il **Cliente**, se diverso dall'**Assicurato**, o chi per suo conto, dovranno comunicare tempestivamente il decesso dell'**Assicurato**.

Ogni anno, l'**Assicurato** dovrà inoltre inviare alla **Compagnia** un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Nel caso in cui la **Compagnia** accerti la presenza dei requisiti per il riconoscimento dello stato di **Non Autosufficienza** e riconosca il diritto alla prestazione assicurata, la **Compagnia** inizierà a pagare le rate di rendita.

La prima rata sarà erogata il mese successivo alla data dell'avvenuto riconoscimento dello stato di **Non Autosufficienza** da parte della **Compagnia** comprese anche le rate eventualmente maturate e non corrisposte nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di **Non Autosufficienza** e la data di riconoscimento dello stato di **Non Autosufficienza**.

Insieme alla prima rata di rendita sarà erogato anche il **Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza**.

35 Termini per il pagamento

Una volta ricevuta tutta la documentazione sopraindicata, la **Compagnia** si impegna entro 30 giorni a dare riscontro al **Beneficiario** in merito al riconoscimento o meno della prestazione oppure a chiedere ulteriore consulto medico e/o integrazione della documentazione sanitaria che si rendesse necessaria in caso di particolari esigenze di approfondimento.

In caso di ulteriore consulto medico, entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di accertamento, la **Compagnia** deve comunicare al **Beneficiario** nominativo e recapiti del proprio medico fiduciario.

Una volta ricevuto l'esito del medico fiduciario, entro 30 giorni la **Compagnia** si impegna a dare riscontro al **Beneficiario** in merito al riconoscimento o meno della prestazione.

Se sussiste l'obbligo di pagamento, la **Compagnia** paga al **Beneficiario** la somma dovuta entro il suddetto termine di 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione sopraindicata o della documentazione integrativa o dell'ulteriore accertamento richiesto dalla **Compagnia**, salvo che siano trascorsi i termini di seguito indicati:

- per la **Copertura Temporanea Malattia Grave**, le somme dovute sono riconosciute a condizione che l'**Assicurato** sia in vita nei 30 giorni successivi alla data di prima diagnosi;
- per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, le somme dovute sono riconosciute se la condizione di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato** si protrae oltre 90 giorni dalla data di prima diagnosi.

Dopo tali termini sono dovuti gli interessi legali, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.

Con riferimento alle coperture **Malattia Terminale**, **Copertura Temporanea Malattia Grave** e **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**, in caso di decesso dell'**Assicurato** nel periodo che intercorre tra la data di accertamento dell'obbligo di pagamento da parte della **Compagnia** e la data di pagamento delle somme dovute, la **Compagnia** riconoscerà comunque la somma dovuta agli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è stata ricevuta tutta la documentazione sopraindicata, incluso l'eventuale ulteriore consulto medico, sempre che siano trascorsi i periodi sopra indicati.

E - Glossario

A

Asset Freeze

Misura amministrativa volta a privare le persone e/o le organizzazioni dei Paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

Assicurato

È la persona fisica la cui morte o la cui **Malattia Grave** o la cui **Non Autosufficienza** determina l'obbligo da parte della **Compagnia** di erogare al **Beneficiario** il **Capitale Assicurato** o la **Rendita Assicurata**.

Nel presente **Contratto**, può non coincidere con il **Cliente**.

B

Beneficiario

È il soggetto che ha diritto di ricevere il **Capitale Assicurato**. Viene designato dal **Cliente**.

Per la **Copertura Temporanea Malattia Grave** e la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** coincide con l'**Assicurato**.

C

Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza

Importo una tantum pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** unitamente alla prima rata di **Rendita Assicurata** e consistente in 4 mensilità di **Rendita Assicurata**.

Capitale Assicurato

Il **Capitale Assicurato** è rappresentato da:

- **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** per la **Copertura Temporanea Caso Morte**
- **Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** per la **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o Infortunio da Incidente Stradale**
- **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi** per la **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**
- **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** per la **Copertura Temporanea Malattia Grave**.

Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave

Importo pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Temporanea Malattia Grave**.

Il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** viene indicato dal **Cliente** al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di Polizza**.

Capitale Assicurato per il caso di morte

Importo pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Temporanea Caso Morte**. Nel caso di erogazione per **Malattia Terminale**, il **Beneficiario** è lo stesso **Assicurato**.

Il **Capitale Assicurato per il caso di Morte** viene indicato dal **Cliente** al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di Polizza**.

Capitale Assicurato per il Caso di Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

Importo pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale**.

Il **Capitale Assicurato per il caso di morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** viene indicato dal **Cliente** al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di Polizza**.

Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi

Importo pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**.

Il **Capitale Assicurato per il caso di morte di entrambi i coniugi o conviventi** viene indicato dal **Cliente** al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di Polizza**.

Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza

Importo una tantum pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** unitamente alla prima rata di **Rendita Assicurata** e consistente in 4 mensilità di **Rendita Assicurata**.

Carenza

Periodo di tempo durante il quale la copertura assicurativa non è efficace. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la **Compagnia** non corrisponderà la prestazione assicurativa ma una somma pari all'ammontare dei premi versati.

(☞ Art. 2.4.2, Art 3.4.2, Art. 4.4.2, Art 5.5.2, Art 6.5.2).

Cliente

È il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il **Contratto**, assume gli obblighi relativi, paga il **Prezzo**.

È il soggetto che la legge chiama **Contraente**.

Compagnia

Indica Crédit Agricole Vita S.p.A.

Contraente

È il nome con cui la legge chiama il **Cliente** (v. definizione relativa).

Contratto

Il presente **Contratto** di assicurazione, comprensivo dei suoi allegati.

Copertura Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di morte dell'**Assicurato** dovuta ad **Infortunio** o **Infortunio da Incidente Stradale**

(☞ Art. 3)

Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di morte da **Infortunio** dovuta al medesimo evento che colpisca contestualmente l'**Assicurato** e il suo coniuge/convivente

(☞ Art. 4)

Copertura Temporanea Caso Morte

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso morte dell'**Assicurato** (☞ Art. 2)

Copertura Temporanea Malattia Grave

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di **Malattia Grave** dell'**Assicurato**

(☞ Art. 5)

Copertura Temporanea Non Autosufficienza

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di **Non Autosufficienza** dell'**Assicurato**

(☞ Art. 6)

D

Data di Decorrenza

Dalle ore 23:59 del giorno in cui è stato pagato il **Prezzo** annuo o la prima rata del **Prezzo** annuo.

Data di Scadenza

La data in cui cessa il **Contratto**.

E

Embargo

Sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni tecnologie e servizi con i Paesi sanzionati.

I

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Infortunio da Incidente Stradale

Infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici - esclusi quelli ferroviari - in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'**Assicurato** rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

M

Malattia Grave

Ogni alterazione dello stato di salute dell'**Assicurato** qualora sia diagnostica una delle seguenti malattie come meglio descritte all'art. 5.2: Cancro, Infarto miocardico, Ictus, Innesto di by-pass aortocoronarico, Insufficienza renale irreversibile, Insufficienza epatica terminale, Trapianto d'organo, Malattia dei motoneuroni (compresa SLA) (🔗 Art. 5.2).

Malattia Terminale

Indica:

- una malattia terminale che, a giudizio del medico nominato dalla **Compagnia** e del medico curante dell'**Assicurato**, comporti un'aspettativa di vita dell'**Assicurato** di sei mesi o meno;
- la condizione dell'**Assicurato** che necessita del trapianto di uno dei seguenti organi vitali: cuore,

polmoni, fegato, midollo osseo, in mancanza del quale rimarrebbero all'**Assicurato** sei mesi o meno di vita;

il tutto come meglio descritto all'art. 2.3.

Modulo di Polizza

È la parte del **Contratto** che viene sottoscritta dal **Cliente** e dalla **Compagnia** e che riporta i dati variabili del **Contratto**.

N

Non Autosufficienza

Per **Non Autosufficienza** si intende lo stato di salute che comporti l'impossibilità di compiere in autonomia in modo permanente e presumibilmente irreversibile almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana previste all'Art. 6.2

Non fumatore

L'**Assicurato** che non ha mai fumato, neanche sporadicamente, sigarette (compresa la sigaretta elettronica), sigari e/o pipa, o che abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi alla data di conclusione del **Contratto** o della sottoscrizione del questionario sullo stato di salute.

P

Prezzo

Somma di denaro che il **Cliente** versa alla **Compagnia** che dà diritto al **Capitale Assicurato** o alla **Rendita Assicurata** per il caso di **Non Autosufficienza**, il tutto secondo quanto previsto nel **Contratto**.

Il **Prezzo** annuo pagato, sulla base della scelta effettuata dal **Cliente** in relazione a Moduli e coperture complementari facoltative, può essere composto da:

- **Prezzo** annuo per la **Copertura Temporanea Caso Morte**
- **Prezzo** annuo per la **Copertura**

Complementare facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

- **Prezzo** annuo per la **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi**
- **Prezzo** annuo per la **Copertura Temporanea Malattia Grave**
- **Prezzo** annuo per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**

Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi

Il premio dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Complementare facoltativa - morte di entrambi i coniugi o conviventi** (🔗 Art. 4.5)

Prezzo annuo per la Copertura Complementare Facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale

Il premio dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Complementare Facoltativa - morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale** (🔗 Art. 3.5)

Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte

Il premio dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Temporanea Caso Morte** (🔗 Art. 2.5)

Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave

Il premio dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Temporanea Malattia Grave** (🔗 Art. 5.6)

Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza

Il premio dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza** (🔗 Art. 6.6)

R

Rendita Assicurata

Importo rateizzato non reversibile pagato mensilmente in via posticipata dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Temporanea Non Autosufficienza**.

S

Soggetto Abilitato

Una banca che, in base ad un accordo stipulato con la **Compagnia**, agisce come distributore per questo prodotto assicurativo.

Struttura Organizzativa

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'**Assicurato**, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

F - ALLEGATO 1

Età	Capitale assicurato per la Copertura Temporanea Caso Morte						
	Da: € 20.000,00	Da: € 100.000,01	Da: € 200.000,01	Da: € 300.000,01	Da: € 400.000,01	Da: € 500.000,01	Da: € 750.000,01
	A: € 100.000,00	A: € 200.000,00	A: € 300.000,00	A: € 400.000,00	A: € 500.000,00	A: € 750.000,00	A: € 1.000.000,00
Da 0 a 55 anni	A	A	A	A	B	C	C
Da 56 a 60 anni	A	A	A	B	C	C	D
Oltre 60 anni	A	B	C	C	C	D	D

Documentazione sanitaria prevista a seconda dei casi:

A Compilazione del **“Questionario Assuntivo”** (Autocertificazione)
Nel caso in cui il potenziale aderente non goda di buona salute è necessaria la compilazione del **“Rapporto di visita medica”**.

B Compilazione del **“Rapporto di Visita Medica”**

C Compilazione del **“Rapporto di visita medica”** integrato con i seguenti esami:

- esame completo delle urine;
- esame del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, AST, ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, emocromo completo con formula, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV. PSA: totale e libero per assicurandi Maschi con età uguale o superiore a 55 anni
- ECG a riposo con referto e tracciato

D Compilazione del **“Rapporto di visita medica”** integrato con i seguenti esami:

- esame completo delle urine;
- esame del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, AST, ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, emocromo completo con formula, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV. PSA: totale e libero per assicurandi Maschi con età uguale o superiore a 55 anni
- ECG da sforzo massimale al tappeto rullante/cicloergometro con referto completo e
- tracciati completi per ogni fase di esercizio per tutte e 12 le derivazioni (con Frequenza cardiaca e valori pressori per ciascuna fase)

Età	Capitale assicurato per la Copertura Temporanea Malattia Grave				
	Da: € 10.000,00	Da: € 25.000,01	Da: € 50.000,01	Da: € 100.000,01	Da: € 150.000,01
	A: € 25.000,00	A: € 50.000,00	A: € 100.000,00	A: € 150.000,00	A: € 300.000,00
Da 0 a 55 anni	A	A	A	B	C
Da 56 a 60 anni	A	A	B	C	C
Da 61 a 65 anni	A	B	C	C	<i>Non disponibile</i>
Oltre 65 anni	B	C	<i>Non disponibile</i>		

Documentazione sanitaria prevista a seconda dei casi:

A Compilazione del **“Questionario Assuntivo”** (Autocertificazione)
Nel caso in cui il potenziale aderente non goda di buona salute è necessaria la compilazione del “Rapporto di visita medica”.

B Compilazione del **“Rapporto di Visita Medica”** integrato con i seguenti esami:

- esame completo delle urine;
- esame del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, AST, ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, emocromo completo con formula, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV. PSA: totale e libero per assicurandi Maschi con età uguale o superiore a 55 anni
- ECG a riposo con referto e tracciato

C Compilazione del **“Rapporto di Visita Medica”** integrato con i seguenti esami:

- esame completo delle urine;
- esame del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, AST, ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, emocromo completo con formula, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV. PSA: totale e libero per assicurandi Maschi con età uguale o superiore a 55 anni
- ECG da sforzo massimale al tappeto rullante/cicloergometro con referto completo e tracciati completi per ogni fase di esercizio per tutte e 12 le derivazioni (con Frequenza cardiaca e valori pressori per ciascuna fase)

Età	Rendita mensile assicurata per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza	
	Da: € 1.000,00	Da: € 2.000,01
	A: € 2.000,00	A: € 2.500,00
Da 0 a 65 anni	A	B
Oltre 65 anni	C	C

Documentazione sanitaria prevista a seconda dei casi:

A	<p>Compilazione del “Questionario Assuntivo” (Autocertificazione)</p> <p>Nel caso in cui il potenziale aderente non goda di buona salute è necessaria la compilazione del “Rapporto di visita medica”.</p>
B	Compilazione del “Rapporto di Visita Medica”
C	Compilazione del “Rapporto di visita medica” integrato con test “Mini Mental State Examination” (M.M.S.E.)

Condizioni di Assicurazione Assistenza Sanitaria

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo documento redatto sulla base delle linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Glossario

A

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

C

Centrale Operativa

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

D

Domicilio

Il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

Day hospital

La degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

E

Estero

Tutti i Paesi del Mondo esclusa l'Italia.



Evento Traumatico

Qualsiasi evento che una persona recepisce come estremamente stressante che può comportare una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri.

F

Familiare

La persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) o persona con lui stabilmente convivente così come risultante dallo stato di famiglia.

I

Inabilità temporanea (IT)

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Infortunio

Il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Istituto di cura

L'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure.

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche,

per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

Italia

Il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

M

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad Infortunio:

- **improvvisa**: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
- **preesistente**: la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla messa in copertura.

Massimale

La somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di Sinistro.

P

Parti

Indica, congiuntamente, il Contraente e la Società e, singolarmente, ciascuna delle stesse.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.



Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

R

Residenza

Il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero/degenza

La permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

S

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma.

Norme che regolano i rapporti con l'Assicurato

Art. 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente** e dell'**Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

Art. 2. Altre assicurazioni

L'**Assicurato**, a parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'**Assicurato** deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art. 1910 C.C..

In caso di attivazione di altra Compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'**Assicurato** degli eventuali maggiori importi addebitati all'**Assicurato** stesso dalla Compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

Art. 3. Durata della copertura

La copertura assicurativa ha una durata di 12 mesi dalla data di messa in copertura e si rinnova automaticamente per ulteriori periodi di 12 mesi purché la data di rinnovo cada in un periodo in cui la polizza collettiva è in vigore. Le singole coperture hanno efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento del premio della polizza "Protezione Pensare Domani" sottoscritta tra il **Contraente** e il proprio **Cliente**.

Art. 4. Rinvio alle norme di legge - Forma del contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

Art. 5. Limiti di esposizione e loro superamento

I massimali previsti per le prestazioni e garanzie qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'**Assicurato** per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste. Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'**Assicurato**, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'**Assicurato**.

Art. 6. Mancato utilizzo delle prestazioni e limiti di responsabilità

In caso di Prestazioni o Garanzie non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'**Assicurato** o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.



La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa (i) dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, (ii) di forza maggiore o (iii) circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

Art. 7. Termine di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

Art. 8. Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dell'**Assicurato**, presente nell'elenco degli aventi diritto comunicato alla Società dal **Contraente**.

Art. 9. Verifica degli assicurati

La Società si riserva il diritto di verificare a posteriori se il soggetto che ha beneficiato di una prestazione di assistenza o di una garanzia assicurativa ne aveva effettivamente diritto attraverso un controllo con la direzione della **Contraente**.

Art. 10. Aggravamento del rischio

L'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 11. Foro competente

Il Foro competente per le controversie tra le Parti è esclusivamente Milano esclusa quindi ogni altra e diversa competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'**Assicurato**.

Art. 12. Rimborso delle somme spese per prestazioni indebitamente ricevute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

Art. 13. Valuta di pagamento

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea, relativo al giorno in cui l'**Assicurato** ha sostenuto le spese.

Art. 14. Sanctions Clause

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, le prestazioni di cui alla presente Polizza o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto a uno dei seguenti canali alternativi: posta, fax o e-mail

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Clienti - Casella Postale 20132
Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto – Roma
numero fax 0039.06.48.15.811
e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La Società gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi al seguente Istituto: IVASS - Centro Tutela Consumatori Utenti, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria. Alternativamente a quanto sopra, il reclamante - prima di adire l'Autorità Giudiziaria - in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, potrà anche avvalersi dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale e, nello specifico,
 - mediazione;
 - negoziazione assistita.

Per le informazioni sulle modalità di attivazione delle singole procedure si rimanda a quanto presente nel sito: www.axapartners.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm

Resta comunque salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.



Cosa è assicurato

Art. 1. Estensione territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i Sinistri avvenuti in Italia.

Art. 2. Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dell'**Assicurato**, presente nell'elenco degli aventi diritto trasmesso dal **Contraente** alla Società.

Art. 3. Operatività della polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
 - con costi a carico della Società entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.
- Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'**Assicurato** sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Art. 4. Prestazioni garantite

01 - Supporto psicologico

A seguito di evento traumatico, l'**Assicurato** o i suoi Familiari, dietro presentazione di certificazione medica, potranno ricorrere al supporto psicologico telefonico o presso lo studio del professionista, chiamando la Centrale Operativa che si attiverà con un preavviso massimo di 3 giorni per la ricerca e la prenotazione del consulto o della visita.

Il consulto telefonico psicologico o la consulenza diretta da parte di uno psicologo potrà essere richiesto per ciascun soggetto (l'**Assicurato** e i suoi Familiari) per un massimo di 5 volte nell'arco di tutta la convalescenza o fino a massimo di euro 500,00 per anno.

02 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'**Assicurato** venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 5 (cinque) giorni o venga sottoposto ad intervento chirurgico/ terapia ospedaliera (es. chemioterapia, radioterapia, dialisi, ecc.) a più di 100 km dal suo domicilio abituale, la Centrale Operativa fornirà due biglietti di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere all'**Assicurato** e ad un Familiare di raggiungere la struttura sanitaria. Sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) dell'**Assicurato** e del Familiare, fino ad un massimo di 7 notti entro il limite di euro 700,00 per anno.

03 - Prelievo campioni

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'**Assicurato** i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

La prestazione potrà essere richiesta per un massimo di 3 volte per anno.

Second Opinion

04 - Secondo parere medico

Qualora l'**Assicurato** sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- oncologiche,
- cerebrovascolari,
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla),
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc),
- insufficienza renale,
- problemi ortopedici/fratture,
- diabete,
- patologie pediatriche.
- gastroenterologiche
- dermatologiche;
- oculistiche;
- endocrinologiche;
- pneumologiche;
- geriatriche;
- psicologiche;
- ginecologiche;
- urologiche.

Il parere medico complementare, inviato a seguito del ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'**Assicurato**, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

Il servizio di Second Opinion non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta la prestazione.

Advanced Second Opinion

05 - Analisi genomica

La Società fornirà all'**Assicurato** che sia affetto da tumore metastatico, la possibilità di sottoporsi ad un test genomico in grado di valutare eventuali alterazioni del DNA delle cellule del tumore (profilazione molecolare). Tale test potrà essere eseguito su:

- un campione biotico disponibile, o
- un campione ematico (se il campione biotico non è presente o è insufficiente).

Il report che ne risulterà riporterà:

- le terapie personalizzate già disponibili,
- le eventuali terapie personalizzate in sviluppo,



- gli studi clinici con farmaci potenzialmente attivi nelle mutazioni genomiche identificate.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'**Assicurato**.

La Società terrà a proprio carico le spese del test.

06 - Orientamento - Informazioni sulla sanità

L'**Assicurato**, o in sua vece un Familiare o il medico curante, in caso di urgenza può contattare telefonicamente la Centrale Operativa richiedendo informazioni, aventi carattere indicativo e di primo indirizzo, relative a:

- la sanità pubblica in Italia (quali ad esempio: esenzioni, maternità e gravidanza, ticket, farmaci, medico di famiglia, rimborsi, liste di attesa).

Il servizio verrà erogato entro il giorno lavorativo successivo alla richiesta.

07 - Servizio di accompagnamento (transfer da e per centri di cura)

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di inabilità temporanea a seguito di una malattia o **Infortunio**, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'Istituto di cura presso il quale era ricoverato, chiamando la Centrale Operativa potrà attivare un servizio di accompagnamento (Transfer) nei 15 gg successivi alle dimissioni o dalla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 transfer per anno, entro il limite massimo di € 50,00 per servizio giornaliero.

08 - Trattamento professionale di estetica oncologica

Qualora a seguito di problematiche emerse nel corso di una terapia oncologica, si renda necessario l'intervento di uno specialista in estetica oncologica APEO, sulla base del protocollo definito dal medico curante, l'**Assicurato** potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il trattamento con un professionista presso un centro convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'**Assicurato** al fine di offrire la migliore soluzione possibile. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società copre i costi dei trattamenti, relativi ai protocolli da applicare in base alla tossicità cutanea dei trattamenti oncologici, presso i Centri certificati APEO, con un limite di 5 trattamenti per anno assicurativo.

Nel caso fosse necessario proseguire gli interventi oltre il limite stabilito (5 trattamenti per anno assicurativo), l'**Assicurato** ha la possibilità di effettuare gli ulteriori trattamenti a tariffe convenzionate, restando inteso che tutti i relativi costi rimangono a carico dell'**Assicurato**.

Cosa non è assicurato

Art. 5. Esclusioni

1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'**Assicurato** risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'**Assicurato**, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) Infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'**Assicurato**;
- g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata



di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;

h) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'**Assicurato**;

i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;

j) viaggi intrapresi dall'**Assicurato** nonostante il parere negativo di un medico curante;

2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.

3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

6) Sono escluse le spese di ricerca dell'**Assicurato** in mare, lago, montagna o deserto.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un Sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale Sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Cosa fare in caso di sinistro

Art. 6. Obblighi in caso di sinistro - Assistenza

Per ogni richiesta di assistenza, l'**Assicurato**, dovrà contattare, al momento dell'insorgere della necessità, la Centrale Operativa della Società ai seguenti numeri telefonici:

N. verde **800 073999**

N. urbano **06 42115278**

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, l'**Assicurato** dovrà presentarsi come "ASSICURATO CRÉDIT AGRICOLE VITA" e comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- prestazione richiesta.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza fatte alla **Contraente** e non inoltrate alla sua Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa **NON SARANNO RIMBORSATE**.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.



Art. 7. Obblighi in caso di sinistro - Second opinion

L'**Assicurato** o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- 1) contattare la Centrale Operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La Centrale Operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
- 2) spedire alla Società, al seguente indirizzo:

Casella Postale 20138
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - Roma

- una copia di un documento di identità valido;
- la documentazione clinica completa, il numero della presente polizza collettiva e il numero del sinistro (fornito dall'operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);
- il "questionario dati anamnestici" sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti;
- l'autocertificazione dell'**Assicurato** nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Centrale Operativa:

- è a disposizione per fornire informazioni circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del "questionario dati anamnestici";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Centrale Operativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Società, della documentazione completa.

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

Eseguita dal Dott. _____

In merito alla causa che determinò lo stato di **Non-autosufficienza** dell'assicurato/a

Signor/a _____

avvenuta in data _____ alle ore _____ luogo _____

Al fine di permetterci di completare tempestivamente la valutazione del sinistro, La preghiamo gentilmente di voler rispondere in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande, scrivendo possibilmente in stampatello. L'assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha proscioltto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato

Causa della non-autosufficienza:	
Malattia: Diagnosi della malattia iniziale e data di insorgenza:	
Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:	
Infortunio: Esatta descrizione della lesione, tipo e sede anatomica:	
Causa diretta della lesione iniziale e data d'insorgenza:	

N.B. Qualora lo stato di non-autosufficienza sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che sia certificata da un neurologo e/o geriatra mediante test quali Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein)

1) Lei è il medico abituale dell'assicurato?

Sì ☐

In caso affermativo si prega di specificare da quando _____ e fornire dettagli su visite da Lei effettuate in merito a patologie o lesioni di rilievo:

No ☐

Nel caso non fosse il medico abituale dell'assicurato si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nome e l'indirizzo del medico abituale

2) La preghiamo di fornire dettagli in merito alla capacità dell'assicurato a svolgere le seguenti attività della vita quotidiana come di seguito definite:

Attività	Richiede assistenza continua (oltre il 50% del tempo)?
Lavarsi (la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia - e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Vestirsi e svestirsi (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Andare al bagno e usarlo (la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale - ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Spostarsi (la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Continenza (la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____
Alimentarsi (la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - data dalla quale richiede assistenza costante: ____ / ____ / ____ Eventuali osservazioni _____ _____ _____

3) L'assicurato percepisce un assegno di accompagnamento o di invalidità o ha fatto domanda per ottenerlo?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> - in caso affermativo si prega di specificare tipo e da quale data percepisce l'assegno _____ _____
4) Attualmente l'assicurato vive:	<input type="checkbox"/> – da solo (proprio domicilio) <input type="checkbox"/> – in casa di cura/ricovero per anziani <input type="checkbox"/> – con familiari <input type="checkbox"/> – altro (si prega di specificare) _____ _____
5) Quando è stato consultato per la prima volta dall'assicurando in merito all'ultima malattia/infortunio.	_____ _____ _____
6) Si prega di fornire dettagli completi in merito ai primi sintomi accusati con descrizioni e date	_____ _____ _____ _____
7) Quando ebbero inizio tali sintomi?	_____ _____ _____
8) Sono effettuati esami ematochimici, e/o strumentali e/o visite specialistiche, per la diagnosi della malattia?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare quali esami, visite ecc. e le relative date ed esiti: _____ _____ _____ _____
9) L'assicurato è stato sottoposto a fisioterapia, riabilitazione, ecc., negli ultimi 5 anni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare dettagli: _____ _____ _____ _____
10) L'assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In caso affermativo si prega di specificare date, durate, motivi dei ricoveri e dettagli di eventuali interventi chirurgici: _____ _____ _____ _____

<p>14) Per quanto Le è dato di sapere, l'assicurato: a) fumava o ha mai fumato?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare la quantità giornaliera _____</p> <p>Qualora avesse smesso di fumare, può precisare da quando e per quale motivo _____</p>
<p>b) ha fatto o faceva uso di alcolici?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera _____</p>
<p>c) ha fatto o faceva uso di sostanze stupefacenti?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di fornire dettagli _____</p>
<p>d) l'assicurato ha fatto o faceva uso di farmaci su base continuativa?</p>	<p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/></p> <p>In caso affermativo si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durate delle cure ed il motivo _____</p>
<p>15) La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenga utile indicare</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Per il calcolo dell'indice **ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 6 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio è necessario tradurre la scala di valutazione a tre punti (senza assistenza, assistenza parziale, o assistenza completa) nella classificazione dicotomica "dipendente/indipendente" utilizzando le seguenti istruzioni:

ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

	Punteggio
A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	
3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione.	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

Anche per il calcolo dell'indice **IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni). Per l'attribuzione del punteggio si utilizzano le seguenti istruzioni:

IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)

	Punteggio
A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	
1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
3) È in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
4) Non è capace di usare il telefono	0
B) FARE LA SPESA	
1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
2) È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
4) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
C) PREPARARE IL CIBO	
1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
D) GOVERNO della CASA	
1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1
2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
E) FARE IL BUCATO	
1) Fa il bucato personalmente e completamente	1
2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
F) MEZZI di TRASPORTO	
1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
5) Non si sposta per niente	0
G) ASSUNZIONE FARMACI	
1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
H) USO DEL DENARO	
1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
2) È in grado di fare piccoli acquisti	1
3) È incapace di maneggiare i soldi	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)	/8

Contatti

I nostri specialisti sono a Sua disposizione per qualunque informazione e La potranno aiutare in qualsiasi momento. Potrà facilmente raggiungerli ai seguenti recapiti:

PER **PARLARE AL TELEFONO DIRETTAMENTE CON I NOSTRI UFFICI:**

È possibile contattare i numeri:

- n. verde **800 973015**
- dall'estero: **+39 02 30301025**

PER **EVENTUALI INFORMAZIONI, CHIARIMENTI O INVIO DI DOCUMENTAZIONE:**

È possibile inviare una richiesta scritta agli indirizzi mail:

- pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
- informazioni@ca-vita.it

PER **PARLARE AL TELEFONO DIRETTAMENTE CON INTER PARTNER ASSISTANCE:**

È possibile contattare i numeri:

- n. verde **800 073999**
- n. urbano: **+39 06 42115278**



Crédit Agricole Vita S.p.A.

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

E: informazioni@ca-vita.it

<http://www.ca-vita.it/>

DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE

Gentile cliente,
il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193, recante “*Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*”.

L’obiettivo di tale normativa è quello di escludere qualsiasi forma di pregiudizio o disparità di trattamento nei confronti di soggetti non più affetti da malattie oncologiche e garantire il diritto all’oblio delle persone guarite da patologie oncologiche.

Per diritto all’oblio oncologico si intende il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica secondo i casi previsti dalla legge.

In particolare, in riferimento alla stipulazione o al rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, nonché nell’ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, la legge stabilisce l’inammissibilità di richiesta e di acquisizione di informazioni relative allo stato di salute del cliente **concernenti patologie oncologiche da cui lo stesso è stato affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni alla data della richiesta; tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età**, oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio. Alleghiamo, per fini di trasparenza, la tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturare dell’oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall’ultimo intervento chirurgico:

Tipo Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II - III, > 21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I – II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – Uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Viene, inoltre, sancito il divieto di applicare al Cliente limiti, costi e oneri aggiuntivi, o trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei clienti, nonché il divieto anche per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi di richiedere l’effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari.

La Legge dispone, in aggiunta, che, qualora le informazioni di cui sopra siano state fornite precedentemente, le stesse non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio dell'operazione o della solvibilità del contraente, decorso il termine stabilito dalla Legge medesima e sopra riportato.

A tal fine, il contraente può inviare tempestivamente la certificazione rilasciata secondo le disposizioni del Decreto attuativo previsto dall'art. 5 comma 1 della Legge, in alternativa:

- o all'impresa di assicurazione, mediante invio all'indirizzo mail "preventivtcm@ca-vita.it" specificando in oggetto "Oblio Oncologico";
- o all'intermediario finanziario o assicurativo.

Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, gli operatori in possesso delle informazioni di cui sopra procedono alla loro cancellazione.

Nei prossimi mesi saranno emanati ulteriori decreti attuativi e provvedimenti volti al completamento del quadro normativo e ai conseguenti chiarimenti applicativi dello stesso.

Alla luce di quanto sopra, se ritiene di godere del diritto di cui alla suddetta legge le chiediamo di rispondere **"NO"** alle domande di seguito riepilogate presenti nella sezione n.3 - "Sezione Medica" - del questionario che sta per compilare:

- *"Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero o intervento? (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti, parto senza complicanze, cure dentali, fratture ossee senza postumi)";*
- *"Ha mai ricevuto nel corso della vita una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie?"*
 - *Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi".*

L'assicurando è tenuto a Rispondere NO solo nel caso in cui il ricovero, intervento e/o cure rientrino nelle casistiche previste dalla Legge sull'Oblio. Per tutte le altre patologie o casistiche è tenuto a rispondere adeguatamente.

Questionario assuntivo

Nome Assicurando: _____

Gentile Assicurando,

per completare il processo di preventivazione del prodotto Protezione Pensare Domani è necessario fornire un'indicazione sulle carenze*.

Le **carenze** posso essere eliminate per la **garanzia Temporanea Caso Morte e Dread Disease**, fornendo alla Compagnia il Rapporto di Visita Medica ed eventualmente il test HIV (valido per la carenza relativa alla garanzia Temporanea Caso Morte).

In caso di **risposta positiva** alla domanda relativa all'eliminazione delle carenze, non sarà necessaria la compilazione delle sezioni successive del presente modulo.

Solo In caso di **risposta negativa** sarà necessaria la compilazione della **sezione non medica e medica** presenti nelle pagine successive.

Il seguente modulo andrà firmato in tutti i casi dall'Assicurando e trasmesso al gestore di riferimento del Contraente via email o in formato cartaceo.

**Carenze: periodo di tempo durante il quale la validità della copertura assicurativa viene sospesa.*

1) Eliminazione carenze

Garanzia	Durata carenza	Eliminabile con visita medica/ test HIV
TEMPORANEA CASO MORTE (TCM)	6 mesi (5 anni in caso di HIV)	SI (per HIV fornire test)
DREAD DISEASE (DD)	6 mesi	SI, tranne per evento Cancro
LONG TERM CARE (LTC)	Malattie neurologiche, nervose o mentali 36 mesi; altre malattie 12 mesi	NO

L'assicurato intende eliminare le carenze TCM e DD sopra indicate?

☐ SI ☐ NO

Nota: in caso di risposta affermativa, per eliminare tutte le carenze sopra indicate (ad eccezione dell'evento Cancro per la garanzia DD) il cliente non verrà sottoposto al questionario assuntivo ma dovrà fornire il Rapporto di Visita Medica (RVM) e l'esito del test HIV. Indicazioni più dettagliate saranno fornite nelle fasi successive del processo di emissione.

2) Sezione non medica

Attività Professionale (indicare nel campo libero una o più attività professionali svolte al momento della compilazione del questionario assuntivo)	
---	--

Attività Sportiva (indicare nel campo libero una o più attività sportive svolte al momento della compilazione del questionario assuntivo)	
Fuma o ha mai fumato sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipe o altro negli ultimi 24 mesi? In caso affermativo specificare dettagli su tipo, quantità e frequenza di consumo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipologia (rispondere solo in caso di risposta affermativa alla domanda precedente)	<input type="checkbox"/> Sigarette <input type="checkbox"/> Sigari/ pipa/ sigaretta elettronica
Quantità (rispondere solo in caso di selezione dell'opzione "sigarette" alla domanda precedente)	<input type="checkbox"/> Meno di 20 al giorno <input type="checkbox"/> Da 20 a 30 al giorno <input type="checkbox"/> Più di 30 al giorno

3) Sezione medica

Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero o intervento? (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti, parto senza complicanze, cure dentali, fratture ossee senza postumi)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha mai ricevuto nel corso della vita una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie?	
• Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Infarto miocardico, coronaropatia, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata, cardiomiopatie, aritmie;	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Diabete	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Alterazioni dell'ipofisi, del surrene, alterazioni tiroidee non controllate dalla terapia, noduli tiroidei	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Epatite B o C, epatite autoimmune, cirrosi epatica, epatopatia alcolica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa, cirrosi biliare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite, ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (presenza di proteine nelle urine), disturbi alla vescica o alla prostata o all'utero e ovaie	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• Trapianto d'organo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> • Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, malattia di Parkinsons, malattia di Alzheimer, malattia dei motoneuroni (compresa SLA) altre malattie neurologiche; 	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Malattie del sistema nervoso: depressione cronica, disturbo bipolare, schizofrenia 	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), bronchiti ricorrenti, polmonite virale, sarcoidosi, enfisema, apnee del sonno 	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Artrite reumatoide, artrite psorisiaca, altre malattie sistemiche o del sistema immunitario 	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate 	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, MOC, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari (esclusi esami per infortunio senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? - <i>per "fuori dalla norma" si intendono esiti tali per cui sono stati prescritti o consigliati ulteriori approfondimenti (indagini, visite, controlli, interventi, terapie)</i></p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>E' titolare di una pensione di inabilità o assegno ordinario di invalidità oppure ha in corso una richiesta per il riconoscimento di invalidità/inabilità? (non è necessario dichiarare invalidità inferiore al 20%)</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Attualmente effettua una terapia medica (farmacologica e non) continuativa da oltre 30 giorni consecutivi? (ad esclusione di farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, anti-concezionali, anti-istaminici e per la tiroide)</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Indichi la sua altezza e peso</p>	cm ____ kg ____

Domande aggiuntive DD

<p>Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA) prima dell'età di 60 anni? (In caso di risposta affermativa indicare all'interno del questionario assuntivo cartaceo il grado di parentela, l'età del parente alla diagnosi e la diagnosi esatta)</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spazio per informazioni aggiuntive: _____ _____ _____
--	--

Domande aggiuntive LTC





<p>Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa?</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---




<p>Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni (compresa la SLA), sclerosi multipla? (In caso di risposta affermativa indicare all'interno del questionario assuntivo cartaceo il grado di parentela, l'età del parente alla diagnosi e la diagnosi esatta)</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Spazio per informazioni aggiuntive: _____ _____</p>
---	--

Data

Firma Assicurando

INFORMATIVA PRIVACY

	IDENTITÀ DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO	Il titolare del trattamento è Crédit Agricole Vita (d'ora in poi, il "Titolare"), con sede legale in Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) e sede amministrativa in Corso di Porta Vigentina, 9, 20122, Milano (Italia)
	DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	Il responsabile della protezione dei dati di Crédit Agricole Vita è reperibile all'indirizzo email: dataprotection@ca-vita.it
	DATI PERSONALI RACCOLTI	<ul style="list-style-type: none"> Particolari categorie di dati relativi alla salute necessari a determinare l'assicurabilità Dati personali comuni, come ad esempio:
	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	Il Titolare tratta i suoi dati personali per poter determinare l'assicurabilità e poter di conseguenza formulare un preventivo assicurativo
	DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI	Il Titolare, al fine di erogare il servizio, si avvale di alcuni fornitori identificati come responsabili del trattamento, come ad esempio Crédit Agricole Italia, per tutto il processo di collocamento.
	TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI	I suoi dati personali saranno trattati all'interno dell'Unione Europea
	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI	Se risultasse non assicurabile o in caso di mancata sottoscrizione della polizza, i suoi dati saranno cancellati dal Titolare entro un congruo termine operativo In caso di avvenuta sottoscrizione della polizza, i suoi dati saranno trattati per il naturale decorso delle coperture e verranno mantenuti dal Titolare per un periodo successivo di 10 anni a partire dalla chiusura della relazione contrattuale
	BASE GIURIDICA PER IL TRATTAMENTO	Il trattamento dei suoi dati personali si basa sull'adempimento di misure pre-contrattuali, il trattamento di particolari categorie di dati inerenti la salute si basa sul consenso.
	DIRITTI DEGLI INTERESSATI	Può esercitare specifici diritti in relazione al trattamento dei suoi dati personali, quali, ad esempio, il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione al trattamento. Può esercitare i suoi diritti privacy attraverso il nostro form dedicato o inviando un'email a: dataprotection@ca.vita.it

	DIRITTO DI PRESENTARE UN RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO	Se ritiene che i suoi dati personali siano stati trattati in modo illecito, ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (https://www.garanteprivacy.it/)
	CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI	L'acquisizione di particolari categorie di dati relativi alla salute è facoltativa. Tuttavia, in mancanza di un suo consenso, potremmo non essere in grado di stabilire la sua assicurabilità e formulare un preventivo
	ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO	I dati personali raccolti non saranno soggetti ad un processo decisionale automatizzato

Ai sensi dell'Art. 6.1 Lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") dichiaro di aver preso visione dell'Informativa ed ai sensi dell'Art. 9.2 Lett. del GDPR a) esprime liberamente il proprio consenso al trattamento:

Di particolari categorie di dati necessari a stabilire l'assicurabilità del soggetto richiedente il preventivo al Titolare. Si ribadisce che, in assenza di tale consenso, non sarà possibile dare seguito alla richiesta di formulazione del preventivo.

☐ SI

☐ NO

Data

Firma Assicurando
