

Assicurazione temporanea per il caso Morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)



Crédit Agricole Vita S.p.A.
Prodotto: Private Multi Protection

04.07.2022 (il DIP Vita aggiuntivo pubblicato è l'ultimo disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale cliente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il cliente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società di nazionalità Italiana interamente partecipata da Crédit Agricole Assurances S.A.
Sede Legale: Via Università, 1 - 43121 Parma (Italia) - Tel. 0521 912018 - Fax 0521 912023
Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Tel. n. verde 800973015 - n. dall'estero +39 0230301025
Sito internet: www.ca-vita.it - Indirizzo email: informazioni@ca-vita.it - Indirizzo pec: informazioni.ca-vita@legalmail.it
Capitale Sociale Euro 236.350.000,00 i.v. - P.IVA 02886700349
Cod. Fisc. e Num. Iscrizione al Registro delle Imprese di Parma N. 09479920150
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni vita con decreto Ministero Industria e Commercio del 21/06/90 (G.U. del 29/06/90)
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00090 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.
Capogruppo del "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 057

L'ammontare del Patrimonio Netto al 31/12/2021 (data ultimo bilancio approvato) è pari a 789,21 milioni di Euro, di cui 236,35 milioni di Euro relativi al capitale sociale e 552,86 milioni di Euro relativi al totale delle Riserve Patrimoniali.

- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.ca-vita.it
- Requisito patrimoniale di solvibilità: 898,82 milioni di euro
- Requisito Patrimoniale minimo: 404,47 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: 1.466,46 milioni di euro
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale minimo: 1.276,19 milioni di euro
- Indice di solvibilità (SCR): 163%

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Private Multi Protection è un Contratto di assicurazione che opera con una Copertura Temporanea Caso Morte e una Copertura Temporanea Malattia Grave in forma complementare a Capitale Assicurato e Prezzo annuo costanti. Il Contratto può essere sottoscritto solamente se il Cliente (il Cliente è il soggetto che la legge chiama Contraente) è anche l'Assicurato.

In caso di morte del Cliente, senza limitazioni territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione del Cliente, la Compagnia pagherà ai Beneficiari il Capitale Assicurato per il caso di morte.

In caso di diagnosi di Malattia Grave del Cliente, se la Malattia Grave si protrae oltre 28 giorni dalla data di prima diagnosi, senza limitazioni territoriali, la Compagnia pagherà al Cliente il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave.

Il pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave 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.

La Copertura Temporanea Malattia Grave è aggiuntiva rispetto alla Copertura Temporanea Caso Morte, cioè al verificarsi del Malattia Grave la Copertura Temporanea Caso Morte non si estingue.

Il pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave determina la fine della Copertura Temporanea Malattia Grave. La Compagnia non pagherà alcuna prestazione in caso di diagnosi di una seconda Malattia Grave.

Per Malattia Grave si intende esclusivamente:

- Tumore;
- Ictus;
- Infarto miocardico;
- Malattie che richiedono interventi di natura cardiovascolare;
- Insufficienza renale irreversibile;
- Insufficienza epatica;
- Trapianto d'organo.

Per informazioni aggiuntive su ognuna delle malattie si faccia riferimento alle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Per chiarezza si riportano per intero tutte le limitazioni di copertura fornite nel DIP Vita.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il caso di morte per la morte causata da:

- Attività dolosa del Cliente o dei Beneficiari;
- Partecipazione attiva del Cliente a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva del Cliente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso, su richiesta del Cliente, la garanzia è valida alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- Qualunque causa, se durante il soggiorno del Cliente in un paese estero, questo sia in stato di guerra. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane. Trascorsi 14 giorni, la garanzia è comunque operante previa presentazione di documentazione idonea a dimostrare che non vi è un nesso causale tra lo stato di guerra e la morte;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Guida di veicoli e natanti a motore per i quali il Cliente non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- Attività professionali e attività sportive condotte dal Cliente che comportano una maggiorazione di rischio e non dichiarate al momento della sottoscrizione del Contratto.

Per gli sport sono esclusi, pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, arrampicata, sci fuori pista, gare di motonautica, vela agonistica, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo o automobilismo con partecipazione a gare.

Per le professioni sono escluse, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive.

- Anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, accertamenti, diagnosi anteriori alla sottoscrizione del Contratto;

- b) Danni alla propria persona procurati dal Cliente stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- c) Abuso di alcool;
- d) Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- e) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e Malattie Gravi ad essa correlate che hanno causato la morte in un periodo di tempo successivo a 5 anni dalla Data di Decorrenza.

La Compagnia paga, al posto del Capitale Assicurato per il caso di morte, un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento della morte del Cliente, per la morte causata da:

- a) Incidente di volo, se il Cliente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- b) Suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla Data di Decorrenza o se, trascorso questo periodo, avviene entro 1 anno dall'eventuale riattivazione del Contratto.

Se il Contratto è concluso ma il Cliente non si è sottoposto a visita medica, la Copertura Temporanea Caso Morte diviene attiva solo dopo che è trascorso un periodo di 6 mesi dalla Data di Decorrenza (Carenza). Nel caso di sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e altre patologie collegate, il periodo di Carenza è esteso a 5 anni dalla Data di Decorrenza.

Durante questo periodo, in caso di morte del Cliente, la Compagnia paga al Beneficiario:

- un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento della morte del Cliente, se per l'attivazione della Copertura Temporanea Caso Morte è necessario l'accertamento delle condizioni di salute del Cliente mediante visita medica ed il Cliente si limita a compilare un questionario sanitario,
- il Prezzo pagato, se non è richiesto l'accertamento delle condizioni di salute del Cliente tramite visita medica per l'attivazione della Copertura Temporanea Caso Morte.

Durante il periodo di Carenza, la Compagnia paga al Beneficiario integralmente il Capitale Assicurato per il caso di morte solo nel caso in cui, la morte avvenga per conseguenza diretta:

- a) 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 e B, 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;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza;
- c) di infortunio avvenuto dopo la Data di Decorrenza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

La Compagnia non pagherà il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave causate da:

- a) Dolo del Cliente;
- b) Delitti dolosi compiuti o tentati dal Cliente, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- c) Partecipazione attiva del Cliente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso, su richiesta del Cliente, la garanzia è valida alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- d) Incidente di volo, se il Cliente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) Uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- f) Attività professionali e attività sportive condotte dal Cliente che comportano una maggiorazione di rischio e non dichiarate al momento della sottoscrizione del Contratto.
Per gli sport sono esclusi, pugilato e arti marziali svolte in modo professionale, speleologia, arrampicata, sci fuori pista, gare di motonautica, vela agonistica, torrentismo, sport aerei con più di 25 ore di volo, motociclismo o automobilismo con partecipazione a gare.
Per le professioni sono escluse, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive.
- g) Denuncia presentata al di fuori dell'Unione Europea, Stati Uniti d'America, Canada e Australia;
- h) Rifiuto di seguire le cure mediche;
- i) Guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui il Cliente abbia preso parte attiva;
- j) Abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili;
- k) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) che si manifesti entro 5 anni dalla Data di Decorrenza.

Sono escluse dalla copertura anche le Malattie Gravi causate direttamente da condizioni di salute preesistenti e diagnosticate prima della conclusione del Contratto.

Se per l'attivazione della Copertura Temporanea Malattia Grave è necessario l'accertamento delle condizioni di salute del Cliente mediante visita medica ed il Cliente si limita a compilare un questionario sanitario, la Copertura Temporanea

Malattia Grave diviene attiva solo dopo che è trascorso un periodo di 3 mesi dalla Data di Decorrenza (Carenza). Questo periodo (Carenza) può essere eliminato se il Cliente decide di sottoporsi a visita medica prima dell'attivazione della Copertura Temporanea Malattia Grave.

Durante questo periodo, in caso di diagnosi al Cliente, di una delle Malattie Gravi, la Compagnia paga al Cliente, del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave, il Prezzo pagato.

Durante il periodo di Carenza, la Compagnia paga al Cliente integralmente il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave solo nel caso in cui la Malattia Grave avvenga per conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo la Data di Decorrenza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Dalla garanzia per **malattia grave** vengono espressamente esclusi tutti i casi che sono classificati come segue:

- Tumore
 - Pre maligni come ad esempio trombocitemia e policitemia rubra vera,
 - Non invasivi,
 - Carcinoma In situ,
 - Con potenziale maligno limitato o basso,
 - I tumori della prostata, tiroide e vescica che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM, in uno stadio T1N0M0, inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso, oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6 o di grado inferiore,
 - Leucemia linfocitica cronica che siano istologicamente classificati inferiormente al Binet Stage A,
 - Tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV,
 - Qualsiasi tumore della pelle, al di fuori del melanoma maligno che abbia causato un'invasione oltre l'epidermide (strato esterno della pelle).
- Ictus cerebrale
 - Attacchi ischemici transitori (TIA);
 - Danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni.
- Infarto miocardico
 - Sindromi coronariche acute (ad esempio l'angina).
- Chirurgia all'aorta
 - Qualsiasi altra procedura chirurgica alternativa rispetto a quella riportata nella definizione di cui sopra alla sezione "Che cosa è assicurato" del presente documento;
 - Intervento chirurgico in seguito a lesione traumatica dell'aorta.
- Insufficienza epatica cronica terminale
 - Insufficienza epatica cronica terminale secondaria ad abuso di alcool e droghe.
- Trapianto d'organo
 - Trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato (cfr. sezione "Che cosa è assicurato" del presente documento), parti di organo o di tessuti o di cellule.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Per richiedere il pagamento alla Compagnia, per qualunque causa, il Cliente o, a seconda del caso, i Beneficiari, devono firmare una comunicazione scritta che può essere inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Compagnia all'indirizzo precisato per ognuna delle prestazioni.

Alla comunicazione devono essere sempre allegati:

- Copia di un documento di identità e del codice fiscale del richiedente (a seconda del caso il Cliente 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, è necessario allegare anche copia di un documento di identità e del codice fiscale di questo soggetto;
- Per il caso di pagamento del Capitale Assicurato per il caso morte, 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. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**);
- 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. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**);
- 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.

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

I Beneficiari devono presentare la seguente documentazione:

- Certificato di morte del Cliente, 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
- Se il Cliente ha nominato come Beneficiari i suoi eredi
 - Se il Cliente 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 il Cliente 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 il Cliente 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 il Cliente 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.
- 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 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.


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.

Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti per i quali non sia prevenuta alla Compagnia la richiesta di liquidazione per iscritto entro e non oltre il termine di prescrizione di

	<p>dieci anni sono devoluti obbligatoriamente, ai sensi e per gli effetti del D.L. 28 agosto 2008, n.134, convertito nella Legge 27 ottobre 2008, n.166, al fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, finalizzato ad indennizzare i risparmiatori vittime di frodi finanziari, previsto all'art. 343 della Legge 23 dicembre 2005, n.266.</p> <p>Liquidazione della prestazione Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso purché a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine, ed a partire dal medesimo fino alla data dell'effettivo pagamento, come Beneficiario ti sono dovuti gli interessi moratori calcolati, secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale in vigore, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno. In caso di decesso del Cliente-Assicurato che si verifichi entro i trenta giorni successivi alla scadenza di una rata del prezzo rimasta insoluta, come Beneficiario ti sarà riconosciuto il capitale assicurato diminuito della rata annuale o semestrale di prezzo scaduta e non corrisposta.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Il Cliente ha l'obbligo di fornire dichiarazioni 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, o l'applicazione di condizioni contrattuali diverse. L'Assicurato, se a conoscenza delle circostanze rilevanti per la determinazione del rischio, ha il medesimo obbligo. Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto delle 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. 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. Sempre per obbligo di legge il Cliente deve fornire le dichiarazioni previste nelle sezioni FATCA e CRS. Le dichiarazioni del Cliente devono essere anche in questi casi complete e veritiere.</p> <p>L'accordo intergovernativo FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) nasce per contrastare l'evasione fiscale di soggetti di cittadinanza statunitense o residenti negli Stati Uniti (U.S. Person). L'accordo è stato ratificato con la Legge 18 giugno 2015, n. 95, che prevede che la Compagnia debba trasmettere alcuni dati all'Agenzia delle Entrate, se il Cliente è una U.S. Person.</p> <p>Anche il CRS (Common Reporting Standard) e la Direttiva 2014/107/UE del Consiglio (DAC2) rientrano nell'ambito degli accordi per lo scambio automatico internazionale delle informazioni finanziarie, questa volta però riguardante i Paesi Ocse e dell'Unione Europea.</p> <p>Il Cliente deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento delle situazioni sopra descritte ed è responsabile di ogni danno causato alla Compagnia in caso di mancato adempimento o ritardo. Il Cliente che inizi a fumare dopo la conclusione del Contratto 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.</p> <p>Avviso di aggravamento del rischio assicurato Il Cliente-Assicurato deve dichiarare nel corso del contratto ogni aggravamento del rischio, come ad esempio il cambiamento di professione, di stile di vita, come il fumo, o di attività sportiva. Ricordiamo che, in particolare, la Compagnia considera rilevanti le seguenti attività professionali (Tabella A) o sportive (Tabella B) riportate di seguito, e relativamente alle quali viene chiesto di effettuare una specifica dichiarazione già in sede di stipulazione del contratto, in quanto si tratta di attività che comportano una maggiorazione del prezzo da parte della Compagnia.</p> <p>Tabella A</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Operatore che svolga attività su piattaforme alte più di 15 mt. ○ Alpinista professionista ○ Conducente di mezzi impiegati nell'industria estrattiva ○ Costruttori di tunnel, pozzi, torri e ciminiere ○ Estrazione materiali non radioattivi ○ Militare in carriera ○ Membro delle forze armate non con mansioni di ufficio o con missioni all'estero ○ Imprenditore che svolge lavoro manuale

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Minatore ○ Minatore non a contatto con esplosivi o radioattività ○ Addetto alle demolizioni (edilizia) con uso esplosivi ○ Addetto alle demolizioni (edilizia) senza uso esplosivi ○ Addetto alle demolizioni di navi con uso di esplosivi ○ Addetto alle petroliere ○ Pescatore d'alto mare su imbarcazioni lunghe da 15 a 40 mt. ○ Pescatore (non d'alto mare) su imbarcazioni lunghe meno di 15 mt. ○ Pescatore (non d'alto mare) su imbarcazioni lunghe più di 15 mt. ○ Pilota civile/commerciale di linea aerea ○ Addetto all'estrazione di petrolio e gas naturale su piattaforme marine ○ Addetto alla ricerca e perforazione per l'estrazione di petrolio e gas naturale ○ Sommergibilista ○ Speleologo ○ Taglialegna ○ Trivellatore <p>Tabella B</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alpinismo più di 4.000 metri ○ Attività subacquea a profondità superiori ai 40 metri ○ Aliante con più di 25 ore di volo all'anno ○ Mongolfiera ○ Volo acrobatico ○ Deltaplano/parapendio/deltaplano a motore con più di 50 ore di volo all'anno ○ Ultraleggeri con più di 25 ore di volo all'anno ○ Paracadutismo con più di 50 lanci l'anno ○ Nuoto con partecipazione a manifestazioni in mare aperto/endurance/campionati ○ Motoslitta ○ Motociclismo con partecipazione a gare su circuito ○ Automobilismo (monoposto, rally, berline, dragster, kart, altro) con partecipazione a gare ○ Maestro di Bungee Jumping ○ Canyoning ○ Vela amatoriale/dilettante o professionista acque interne ○ Vela iceracing ○ Vela con partecipazione a competizioni transoceaniche ○ Vela offshore
--	--

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte e il Prezzo annuo pagato per la Copertura Temporanea Malattia Grave viene indicato sul Modulo di Polizza e dipende l'uno dal Capitale Assicurato per il caso di morte, e l'altro dal Capitale assicurato per il caso di Malattia Grave. Entrambi dipendono poi dalla durata contrattuale, dalla rateazione prescelta, dall'età del Cliente, dalle sue condizioni di salute, dallo stato di fumatore o Non Fumatore, dalla sua attività professionale nonché da eventuali sport praticati.</p> <p>Il Prezzo annuo è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del Contratto e ad ogni successiva scadenza (annuale o semestrale) per tutta la durata del Contratto.</p> <p>A condizione che il Cliente sia ancora in vita, il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte e il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave del primo anno, anche se frazionati in più rate, sono dovuti per intero.</p> <p>Il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave è dovuto fino a che:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La Compagnia accerta l'effettiva diagnosi della Malattia Grave una volta ricevuta la denuncia dal Cliente; in questo caso la Compagnia rimborserà al Cliente i Prezzi annui per la Copertura Temporanea Malattia Grave eventualmente pagati durante il periodo di accertamento della Malattia Grave, maggiorati degli interessi al tasso legale vigente, o b) Il Cliente è in vita o ha un'età inferiore a 75 anni. <p>Il Cliente può selezionare la rateazione di pagamento (annuale o semestrale) al momento della conclusione del Contratto, e non può modificare la scelta. Nel caso il Cliente scelga di pagare il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte in rate semestrali verrà applicata una maggiorazione del 2% sul Prezzo stesso.</p>

	<p>Nel caso in cui è accertato il diritto al Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave entro 1 anno dalla Data di Decorrenza e il Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave del primo anno non è ancora stato pagato per intero, la Compagnia paga al Cliente il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave meno le restanti rate di Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte.</p> <p>La Compagnia può modificare l'importo del Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave, trascorsi 10 anni dalla commercializzazione del prodotto (data di commercializzazione 25 novembre 2014) e successivamente ogni 5 anni. In questo caso la Compagnia deve comunicare al Cliente, almeno 90 giorni prima della rata annuale di Prezzo, il nuovo Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave da pagare a partire dall'anno successivo. L'aumento del Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave non può essere superiore al 10%.</p> <p>Il Cliente può non accettare la modifica e di conseguenza ridurre il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave</p>
Rimborso	Il Cliente-Assicurato, previa consegna dell'originale del Modulo di Polizza e delle eventuali appendici, riceverà entro 30 giorni dalla comunicazione del recesso alla Compagnia (tramite richiesta firmata da te o dal tuo Legale), il rimborso di un importo pari al versamento da te effettuato al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. La Compagnia ha il diritto di trattenere 25,00 euro a titolo di rimborso per gli oneri sostenuti per l'emissione del contratto.
Sconti	Non sono previsti sconti sui versamenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non prevista



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Non è prevista una proposta; conseguentemente non è prevista la facoltà di revocare la proposta.
Recesso	<p>Il Cliente, entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto è concluso, può chiedere che ne cessino gli effetti (Recesso). Per farlo, deve firmare una comunicazione scritta che può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consegnata ad una delle Banche Abilitate, 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 <p>Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dalla Banca Abilitata o dalla Compagnia, sia il Cliente che la Compagnia sono liberi da ogni obbligazione contrattuale. Entro 30 giorni da tale momento la Compagnia, previa consegna dell'originale del Modulo di Polizza e delle eventuali appendici, pagherà un importo pari alla somma di tutti i Prezzi versati dal Cliente.</p> <p>In caso di vincolo, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del vincolatario.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☒ SI ☐ NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>Non essendo previsto il riscatto, non sono previsti valori di riscatto.</p> <p>La Compagnia provvederà a ricalcolare il capitale assicurato, fermo restando il prezzo annuo costante versato, in seguito alla ricezione della comunicazione del Cliente-Assicurato del passaggio dallo stato di non fumatore allo stato di fumatore dopo la sottoscrizione del contratto.</p> <p>Se il Cliente non accetta la modifica del Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave, il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave si riducono, a partire dall'anno</p>
---------------------------------------	--

	<p>successivo, di un importo pari all'aumento del Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave.</p> <p>La riattivazione del contratto è subordinata al pagamento di un prezzo di attivazione pari alle rate arretrate. La riattivazione del contratto ripristina l'assicurazione per l'intero suo valore, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del prezzo di riattivazione sopra definito.</p>
Richiesta di informazioni	<p>Il Cliente, per eventuali richieste di informazioni può rivolgersi alla Compagnia:</p> <p>Crédit Agricole Vita S.p.A. - Ufficio Informazioni Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano TELEFONO: +39 02 721713238 TELEFAX: +39 02 721713293 E-MAIL: PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it; oppure informazioni@ca-vita.it</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone con età alla sottoscrizione del contratto compresa tra i 18 anni compiuti e i 75 anni (assicurativi) che vogliano coprirsi dal rischio in caso di **decesso** e **malattia grave** per un capitale assicurabile minimo di 5.000 euro.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul prezzo

Il Cliente deve sostenere i seguenti costi:

- Cifra fissa annua: 10 € detratti dal prezzo dovuto per la garanzia base e per l'eventuale garanzia complementare;
- Costo percentuale: 30% del prezzo stesso – al netto del costo fisso di cui sopra;
- Costo percentuale: 0,02% del capitale assicurato;
- Eventuale maggiorazione di costo: prezzo annuo maggiorato del 2% in caso di frazionamento in rate semestrali.

Costi di intermediazione

La quota percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 25%.

Altri costi

Il Cliente deve sostenere i seguenti costi:

- Costo per eventuali accertamenti sanitari o per la produzione di qualsivoglia documento richiesto dalla Compagnia; dal momento che sei libero di ricorrere a un centro medico di tua scelta, non è possibile fornire un'indicazione di costo minimo e massimo per tali accertamenti sanitari aggiuntivi;
- Le tasse e le imposte relative al contratto (nel caso di decesso saranno a carico dei Beneficiari aventi diritto);
- Eventuali costi o commissioni applicati dalla Banca dell'ordinante per il pagamento degli importi relativi al prezzo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Si deve inoltrare eventuali reclami per iscritto anche tramite comunicazione telefax o di posta elettronica a:</p> <p>Crédit Agricole Vita S.p.A. Ufficio Reclami - Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano Fax: 02 - 882183313 e-mail: reclami@ca-vita.it</p> <p>specificando numero di polizza e ove applicabile e/o disponibile il numero di preventivo o di sinistro nonché una descrizione esaustiva della doglianza.</p> <p>Sul sito internet della Compagnia (www.ca-vita.it) trovi un modello che può essere utilizzato per la presentazione dei reclami.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo ti deve fornire riscontro scritto entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo da te fornito.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva il Cliente può rivolgersi all' IVASS - Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale, 21 00187 Roma - FAX: 06 42133206 - Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori - Reclami".</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Crédit Agricole Vita S.p.A. (le modalità sono previste dal Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Il Cliente, nel caso in cui la malattia grave non venga riconosciuta dalla Compagnia, ha la facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata alla Direzione della Compagnia, un Collegio Medico.</p> <p>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 del Cliente.</p> <p>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.</p> <p>I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p> <p>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.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET, mediante accesso al relativo sito internet della Commissione Europea, oppure mediante reclamo all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime fiscale sui premi Non è dovuta alcuna imposta sui versamenti per la forma assicurativa qui descritta. Sull'importo complessivamente versato a fronte della presente assicurazione è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e i limiti previsti dalla normativa fiscale vigente.</p> <p>Regime fiscale delle somme corrisposte Le somme corrisposte in caso di "malattia grave" o "morte" sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.