

Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Edizione Luglio 2022

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 Temporanea Malattie Gravi | pag. 10 |
| 4. Prezzo | pag. 16 |
| 5. Durata del Contratto | pag. 18 |

C - Il Contratto dalla A alla Z

- | | |
|--|---------|
| 6. Dichiarazioni del Cliente | pag. 19 |
| 7. Conclusione e Efficacia del Contratto | pag. 20 |
| 8. Risoluzione del Contratto | pag. 20 |
| 9. Diritto di Recesso | pag. 20 |
| 10. Sospensione dei pagamenti | pag. 21 |
| 11. Ripresa dei pagamenti | pag. 21 |
| 12. Riduzione | pag. 21 |
| 13. Costi | pag. 21 |
| 14. Prestiti | pag. 22 |
| 15. Cessioni di credito, pegno o vincoli | pag. 22 |
| 16. Duplicati | pag. 22 |
| 17. Beneficiari | pag. 22 |
| 18. Referente | pag. 23 |
| 19. Collegio Medico | pag. 23 |
| 20. Antiterrorismo e sanzioni internazionali | pag. 24 |
| 21. Informativa in corso di Contratto | pag. 24 |
| 22. Tasse e imposte | pag. 24 |
| 23. Foro competente | pag. 24 |
| 24. Legge applicabile al Contratto | pag. 24 |

D - Pagamenti della Compagnia

25. Richieste di pagamento	pag. 25
26. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte del Cliente	pag. 25
27. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave del Cliente	pag. 26
28. Termini per il pagamento	pag. 26

E - Glossario

pag. 27

A - Presentazione

1 Il Contratto in sintesi

1.1 Tipo di Contratto

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**.

Copertura Temporanea Caso Morte significa che la Compagnia, in caso di morte del **Cliente** durante il periodo della copertura, pagherà ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il caso di morte** in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del **Contratto**.

Copertura Temporanea Malattia Grave significa che la Compagnia, in caso di diagnosi di **Malattia Grave** al **Cliente** nel corso della durata del **Contratto**, pagherà al **Cliente** il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** in un'unica soluzione, nel rispetto delle previsioni del **Contratto**.

1.2 Coperture Prestate

Con il **Contratto** la Compagnia fornisce 2 coperture:

- **Copertura Temporanea Caso Morte** (🔗 art. 2).
- **Copertura Temporanea Malattia Grave** (🔗 art. 3).

1.3 Prezzo

Il **Cliente** deve pagare un **Prezzo** annuo costante in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza.

Il **Prezzo** viene suddiviso in:

- **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** (🔗 art. 2.5), e
- **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** (🔗 art. 3.6)

I **Prezzi** sono indicati sul **Modulo di Polizza** e dipendono dal **Capitale Assicurato**, 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.



Prodotto in Sintesi

PRODOTTO PRIVATE MULTI PROTECTION



**Copertura
Temporanea Caso Morte**



**Copertura
Temporanea Malattia Grave**

B - Oggetto del Contratto

2 Copertura Temporanea Caso Morte

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**.

Prodotto in Sintesi

PRODOTTO PRIVATE MULTI PROTECTION

● COPERTURA OGGETTO DELLA PRESENTE SEZIONE

Copertura Temporanea Caso Morte

Copertura Temporanea Malattia Grave

2.1 Condizioni di assicurabilità

L'età del **Cliente** al momento della sottoscrizione non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 75 anni e 6 mesi.

Alla scadenza contrattuale il Cliente non potrà avere più di 80 anni.

2.2 Scelta del Capitale Assicurato per il caso di morte

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

Il **Capitale Assicurato per il caso di morte** deve essere almeno uguale a €5.000,00.

2.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte

In caso di morte per qualsiasi altra causa, ad eccezione delle esclusioni riportate all'art. 2.4, la Compagnia pagherà ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il caso di morte**.

In caso di morte del **Cliente** nei 30 giorni successivi alla scadenza di una rata di **Prezzo** rimasta insoluta, verrà

riconosciuto ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato per il caso di morte** diminuito della rata annuale o semestrale di **Prezzo** scaduta e non corrisposta.

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

2.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Temporanea Caso Morte

2.4.1 Esclusioni

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

- a) Attività dolosa del **Cliente** o dei **Beneficiari**;
- b) Partecipazione attiva del **Cliente** a delitti dolosi;
- 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) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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;
- h) Anomalie congenite, esiti di **Infortunati** o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, accertamenti, diagnosi anteriori alla sottoscrizione del **Contratto**;
- i) Danni alla propria persona procurati dal **Cliente** stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- j) Abuso di alcool;
- k) Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci e sostanze psicotrope;
- l) 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**.

2.4.2 Limitazioni dalla Copertura Temporanea Caso Morte

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**.

2.4.3 Periodo iniziale in cui la Copertura Temporanea Caso Morte non è ancora attiva (Carenza)

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 (fermo quanto disposto all'art. 2.3.1 Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

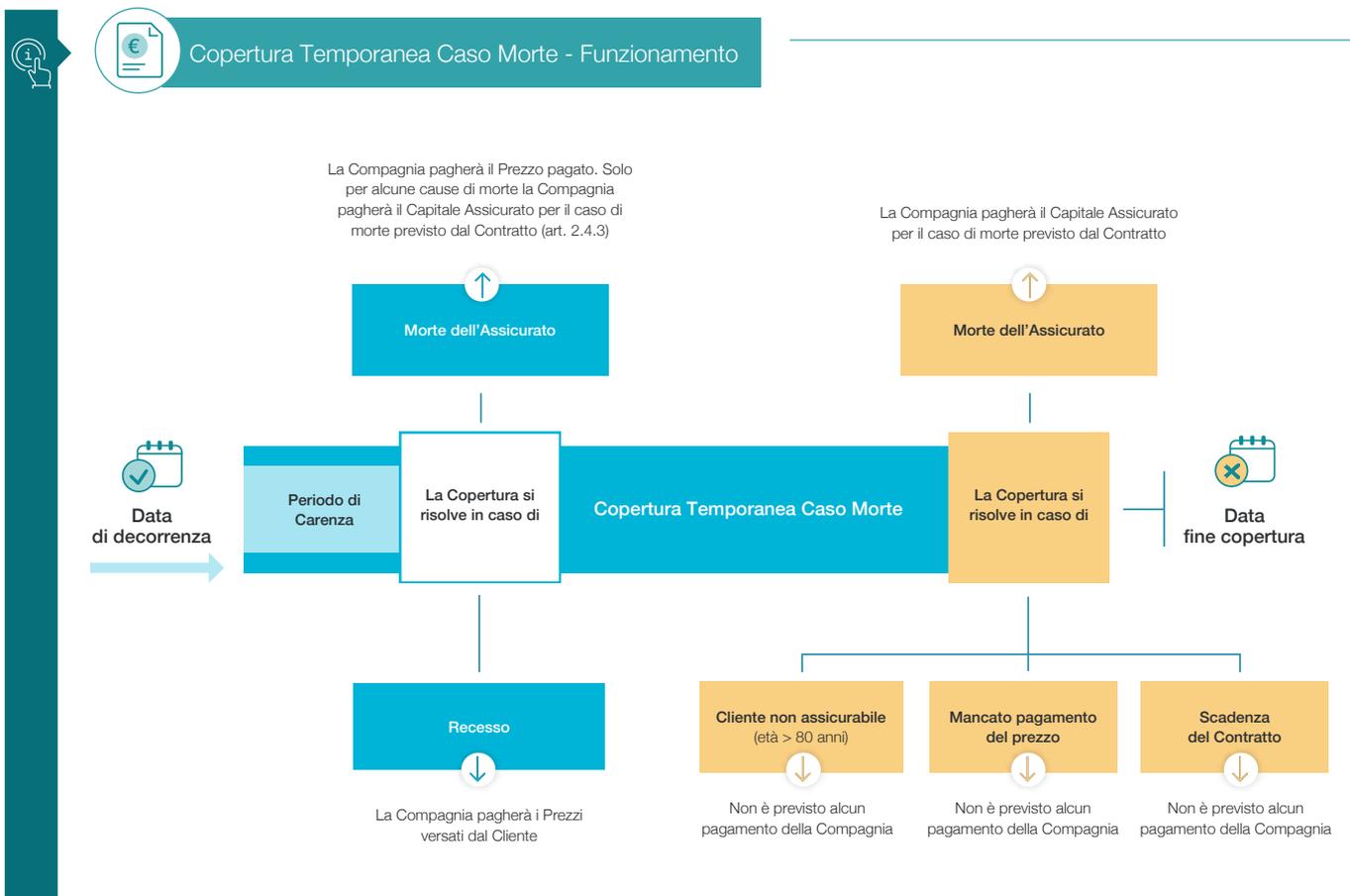
2.5 Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** viene indicato sul **Modulo di Polizza** e dipende dal **Capitale Assicurato per il caso di morte**, dall'età del **Cliente**, 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 o semestrale) per tutta la durata del **Contratto**.

A condizione che il **Cliente** sia ancora in vita, il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

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 (🔗 Art. 12).



3 Copertura Temporanea Malattie Gravi

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 della **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**.



Prodotto in Sintesi

PRODOTTO PRIVATE MULTI PROTECTION

● COPERTURA OGGETTO DELLA PRESENTE SEZIONE



Copertura
Temporanea Caso Morte



Copertura
Temporanea Malattia Grave

Tumore

Ictus

Infarto miocardico

Malattie che richiedono interventi
di natura cardiovascolare

Insufficienza renale irreversibile

Insufficienza epatica

Trapianto d'organo

3.1 Condizioni di assicurabilità

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

Alla scadenza contrattuale il **Cliente** non potrà avere più di 75 anni.

3.2 Definizione di malattie gravi

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.

3.2.1 Tumore

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova istologica. Il termine neoplasia maligna comprende anche leucemia, linfoma e sarcoma.

Sono esclusi dalla copertura tutti i casi istologicamente classificati come segue:

- a) Pre maligni come ad esempio trombocitemia e policitemia rubra vera,**
- b) Non invasivi,**
- c) Carcinoma In situ,**
- d) Con potenziale maligno limitato o basso,**
- e) 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,**
- f) Leucemia linfocitica cronica che siano istologicamente classificati inferiormente al Binet Stage A,**
- g) Tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV,**
- h) Qualsiasi tumore della pelle, al di fuori del melanoma maligno che abbia causato un'invasione oltre l'epidermide (strato esterno della pelle).**

3.2.2 Ictus Cerebrale

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) Attacchi ischemici transitori (TIA),**
- b) Danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni.**

3.2.3 Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi:

- a) Sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco),
- b) Comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG,
- c) Variazioni degli enzimi cardiaci registrati almeno ai seguenti livelli:
 - i. Troponin T > 1.0 ng/ml
 - ii. AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente secondo altri metodi Troponin 1

È necessaria una chiara diagnosi di infarto acuto miocardico di emorragia.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) Sindromi coronariche acute (tra cui, a titolo di esempio, l'angina).**

3.2.4 Malattie che richiedono interventi di natura cardiovascolare

Ogni operazione chirurgica che rientri nelle seguenti definizioni:

3.2.4.1 By pass coronarico

Intervento chirurgico che richiede una sternotomia mediana (incisione longitudinale sul torace), su consiglio di un cardiologo per correggere un restringimento o un blocco di una o più arterie coronariche per mezzo di by pass.

3.2.4.2 Chirurgia all'aorta

Intervento chirurgico che richiede una incisione sul torace o addome in seguito a diagnosi di una malattia dell'aorta con conseguente asportazione e sostituzione chirurgica di una porzione dell'aorta malata mediante una protesi. Con il termine "Aorta" si intende l'aorta toracica e addominale, ma non i suoi rami.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) **Qualsiasi altra procedura chirurgica, per esempio l'inserimento di stents o riparazione endovascolare**
- b) **Intervento chirurgico in seguito a lesione traumatica dell'aorta**

3.2.4.3 Sostituzione o riparazione della valvola aortica

Intervento chirurgico che richiede una sternotomia mediana (incisione longitudinale sul torace), su consiglio di un cardiologo per la sostituzione o riparazione di una o più valvole cardiache.

3.2.5 Insufficienza renale

L'irreversibilità cronica o l'insufficienza totale di entrambi i reni a conseguenza della quale si rende necessaria una regolare dialisi renale.

3.2.6 Insufficienza epatica cronica terminale

L'Insufficienza epatica cronica terminale che è da intendersi permanente e irreversibile e caratterizzata da ittero permanente, varici esofagee, ascite e encefalopatia epatica. I criteri sopra menzionati devono essere presenti in modo persistente la diagnosi di insufficienza epatica cronica terminale deve essere stata confermata dal medico specialista in Gastroenterologia o in Medicina Interna.

È esclusa dalla copertura:

- a) **L'insufficienza epatica cronica terminale secondaria ad abuso di alcoolici e droghe.**

3.2.7 Insufficienza epatica cronica terminale

Sottoporsi come ricevente al trapianto di midollo osseo o al trapianto completo di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone. È necessaria la certificazione dell'inserimento in linea d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

Sono esclusi dalla copertura:

- a) **Trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule.**

3.3 Scelta del 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**.

Il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** deve essere:

- almeno uguale a €5.000,00
- minore o uguale a €500.000,00

3.4 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave

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 **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** non potrà essere superiore al **Capitale Assicurato per il caso di morte**.

3.5 Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura in caso di Malattia Grave

3.5.1 Esclusioni

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.

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

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 definite all'art. 3.2, la Compagnia paga al Cliente, al posto 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 (fermo quanto disposto all'art. 3.5.1 Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

3.6 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, 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.

Il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** è costante e deve essere pagato in via anticipata al momento della conclusione del **Contratto** e ad ogni successiva scadenza (annuale o mensile) per tutta la durata del **Contratto** fino a che:

- 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** ha un'età inferiore a 75 anni.

Se il **Cliente** è ancora in vita, il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

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**.

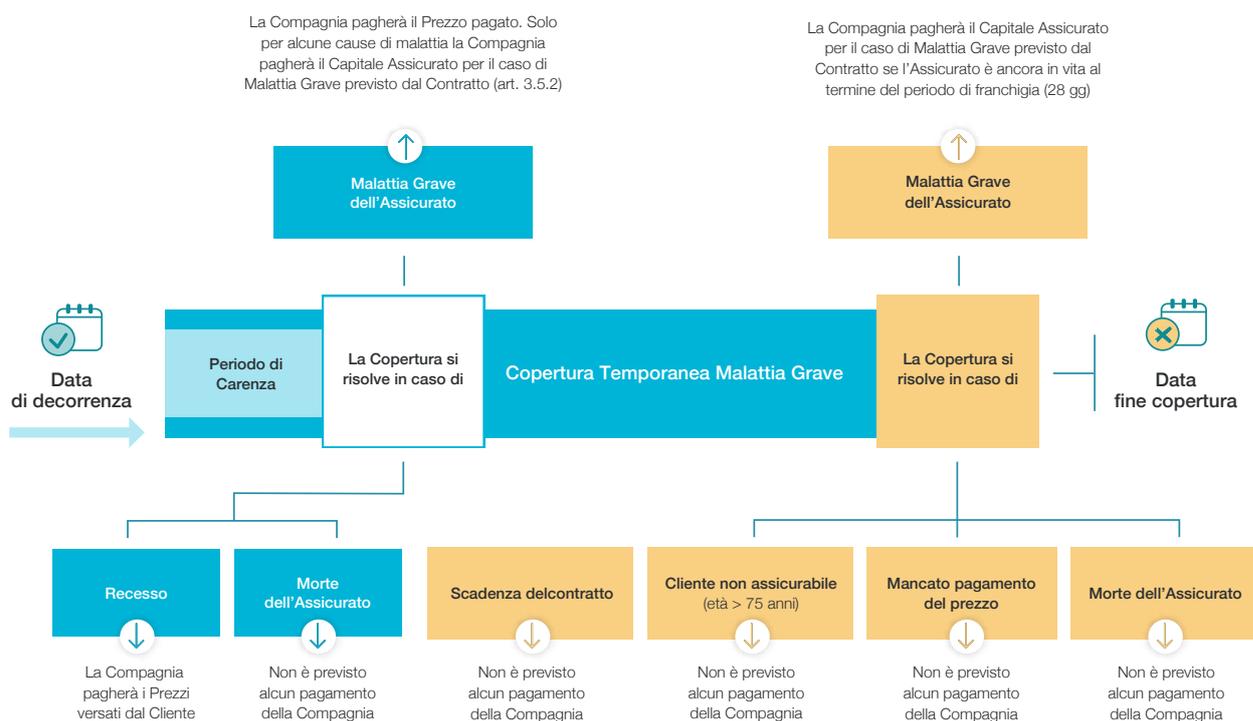
Il **Cliente** può selezionare la rateazione di pagamento (annuale o semestrale) al momento della conclusione del **Contratto**, e non può modificare la scelta. Se il **Cliente** sceglie di pagare il **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** in rate semestrali verrà applicata una maggiorazione del 2% sul **Prezzo** stesso (art. 12).

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%.

Il **Cliente** può non accettare la modifica e di conseguenza ridurre il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave** (art. 11).



Copertura Temporanea Malattia Grave - Funzionamento



4 Prezzo

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

4.1 Modalità di pagamento del Prezzo

Il **Cliente** può pagare il **Prezzo** con 2 modalità alternative:

- mediante disposizione di pagamento a favore della Compagnia, con addebito sul conto corrente intestato o cointestato al **Cliente** e aperto presso una delle **Banche Abilitate**;
- nel caso in cui il conto corrente presso una delle **Banche Abilitate** non sia più attivo e in ogni caso su volontà del **Cliente**, 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.

4.2 Maggiorazione del Prezzo

Se:

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

la Compagnia comunica al **Cliente** la 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 del **Cliente**.

Tabella A

Attività professionali
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
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

Tabella B**Attività Sportiva**

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

5 Durata del Contratto

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**.

La durata è scelta dal **Cliente** al momento della conclusione del **Contratto**, è espressa in anni interi e non potrà risultare inferiore a 5 anni o superiore a 20 anni.

C - Il Contratto dalla A alla Z

6 Dichiarazioni del Cliente

6.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del rischio assicurato

Il **Cliente** ha 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 **Prezzo** maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto del **Capitale Assicurato**, 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.



Accordo FATCA

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. 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.

6.2 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. 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.

6.3 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

Il **Cliente** deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento delle situazioni descritte nei paragrafi precedenti 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.



Art. 1898 c.c. Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

7 Conclusione e Efficacia del Contratto

Il **Contratto** è concluso (perfezionato) nel giorno in cui il **Cliente** appone le sue firme sul **Modulo di Polizza**, debitamente sottoscritto dalla Compagnia.

La Compagnia firma il **Modulo di Polizza** solo in seguito all'accertamento dello stato di salute del **Cliente** 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 del **Cliente** (vd. Allegato 1)

La copertura ha effetto dalla **Data di Decorrenza**, ma solo se il **Prezzo** o la prima rata del **Prezzo** sono stati pagati.

8 Risoluzione del Contratto

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

- a) Recesso;
- b) morte del **Cliente**;
- c) scadenza del **Contratto**;
- d) mancato pagamento anche di una sola rata di **Prezzo** trascorsi 30 giorni dalla scadenza della stessa.

9 Diritto di Recesso

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:

- 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

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**.

10 Sospensione dei pagamenti

Se il **Cliente** non paga anche solo una rata del **Prezzo**, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della stessa, il **Contratto** si risolve e il **Prezzo** pagato resta acquisito dalla Compagnia. A giustificazione del mancato pagamento di una rata del **Prezzo**, il **Cliente** non può, in nessun caso, opporre il mancato invio della Compagnia di avvisi di scadenza o il mancato provvedimento della Compagnia all'incasso a domicilio.

11 Ripresa dei pagamenti

Entro 6 mesi dalla **Data di Scadenza** della prima rata di **Prezzo** non corrisposta, il **Cliente** può riattivare il **Contratto**, pagando un importo di riattivazione pari alle rate di **Prezzo** arretrate. La riattivazione del **Contratto** ha effetto dal giorno successivo al pagamento dell'importo di riattivazione e ripristina l'intero valore del **Capitale Assicurato**.

12 Riduzione

12.1 Riduzione del Capitale Assicurato per il caso morte

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

12.2 Riduzione del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave

Il **Cliente** può decidere di non accettare la modifica del **Prezzo** annuo per la **Copertura Temporanea Malattia Grave** (☞ art. 4.2). Per farlo deve firmare una comunicazione scritta che può essere inviata, almeno 45 giorni prima della rata annuale di **Prezzo**, 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 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 successivo, di un importo pari all'aumento del **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave**.

13 Costi

Sul **Contratto** gravano i seguenti costi:

- Eventuali accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia
- Commissioni di investimento: da ogni **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte** e ogni **Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave** vengono detratti:
 - a) €10
 - b) 30% di ogni **Prezzo annuo** pagato per la **Copertura Temporanea Caso Morte** e per la **Copertura Temporanea Malattia Grave** al netto del costo al punto a)
 - c) 0,02% rispettivamente del **Capitale Assicurato per il caso morte** e del **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**.

14 Prestiti

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

15 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 il **Capitale Assicurato** non possono essere corrisposte ai **Beneficiari** senza il consenso di un soggetto terzo, titolare del vincolo, oppure che il **Capitale Assicurato** deve essere corrisposte direttamente al titolare del vincolo. Anche il Pagamento Anticipato al **Cliente** del **Capitale Maturato** richiede il consenso del soggetto titolare del vincolo.

Il vincolo diventa efficace solo con l'annotazione sull'originale del **Modulo di Polizza**; da tale momento il Recesso richiede il consenso scritto del soggetto a cui favore è stato apposto il vincolo.

16 Duplicati

Se il **Contratto** è stato smarrito, distrutto o sottratto, la Compagnia consegnerà al **Cliente** o agli altri aventi diritto un duplicato. È necessario consegnare copia della denuncia di smarrimento, distruzione o furto presentata all'autorità competente.

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

17 Beneficiari

17.1 Nomina

Il **Cliente** designa i **Beneficiari**. È possibile indicare i **Beneficiari** con nome e cognome (se persone fisiche) o denominazione (se persone giuridiche), o in qualunque altro modo.

In caso di mancata designazione con nome e cognome la Compagnia potrebbe incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del **Beneficiario**.

Per il **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, il **Beneficiario** coincide con il **Cliente**.

17.2 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.

17.3 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 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

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.

17.4 Divisione del Capitale Assicurato tra più Beneficiari

Se è stato nominato più di un **Beneficiario**, il **Capitale Assicurato** sarà diviso tra i **Beneficiari** in parti uguali. Il **Cliente** può prevedere una divisione in percentuali diverse con le stesse modalità con cui può effettuare la nomina, modifica o revoca del **Beneficiario**.

18 Referente

Il **Cliente** per esigenze di riservatezza può nominare un Referente, che può anche essere diverso dai **Beneficiari**, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di morte del **Cliente**.

19 Collegio Medico

19.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

- a) indennizzabilità del sinistro, o
- b) stato e grado di non autosufficienza, o
- c) applicazione dei criteri di indennizzabilità

le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di 3 medici.

19.2 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 del **Cliente**.

19.3 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.

19.4 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.

20 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, amministrare 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.

21 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**.

22 Tasse e imposte

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

23 Foro competente

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

24 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

25 Richieste di pagamento

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. 25);
- 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. 26);
- 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.

26 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di morte del Cliente

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 riservi 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.

27 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave del Cliente

il **Cliente** deve presentare la seguente documentazione:

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della **Malattia Grave** di cui risulti affetto il **Cliente**, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, allegando tutta la documentazione già in possesso del **Cliente** al momento della denuncia.

28 Termini per il pagamento

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia paga la somma dovuta entro 30 giorni dalla data in cui è stata ricevuta tutta la documentazione necessaria. Dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali, con esclusione della risarcibilità dell'eventuale maggior danno.

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** determina l'obbligo da parte della Compagnia di erogare al **Beneficiario** il **Capitale Assicurato**.

Nel presente **Contratto**, coincide con il **Cliente**.

B

Banca Abilitata

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

Beneficiario

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

Per la **Copertura Temporanea Malattia Grave** coincide con il **Cliente**.

C

Capitale Assicurato

Il **Capitale Assicurato** è composto da:

- **Capitale Assicurato per il caso di morte**
- **Capitale Assicurato per il caso di 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**.

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

Carenza

Periodo di tempo durante il quale la validità della copertura assicurativa viene sospesa nei casi e secondo quanto previsto dal **Contratto** (🔗 Art. 3.4.2).

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**.

Commissioni di investimento

🔗 Art. 12

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 Temporanea Caso Morte

🔍 Art. 3

Copertura Temporanea Malattia Grave

🔍 Art. 2

D

Data di Decorrenza

Il giorno successivo a quello in cui è stato pagato il **Prezzo** annuo o la prima rata del **Prezzo** annuo.

Data di Scadenza

La data in cui si risolve il **Contratto**, in base alla durata scelta dal **Cliente**.

E

Embargo

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

M

Malattia Grave

🔍 Art. 3.2

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 fumatore

Il **Cliente** che non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di conclusione del **Contratto** o della sottoscrizione del questionario di buona salute e che non abbia smesso di fumare dietro consiglio medico.

P

Prezzo

Somma di denaro che il **Cliente** versa alla Compagnia che dà diritto al **Capitale Assicurato per il caso di morte** o al **Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave**, il tutto secondo quanto previsto nel **Contratto**.

Il **Prezzo** annuo pagato è composto da:

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

Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Caso Morte

🔍 Art. 2.5

Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave

🔍 Art. 3.6

Età	Capitale da assicurare più elevato tra le due garanzie					
	Da: € 0,00	Da: € 150.000,01	Da: € 200.000,01	Da: € 300.000,01	Da: € 1.000.000,01	Oltre: € 1.500.000,00
	A: € 150.000,00	A: € 200.000,00	A: € 300.000,00	A: € 1.000.000,00	A: € 1.500.000,00	
Da 0 a 50 anni	A	B	B	D	D + F	E + F
Da 51 a 60 anni	A	B	B	E	E + F	E + F
Oltre 60 anni	B	B	C	E	E + F	E + F

Documentazione sanitaria prevista a seconda dei casi:

A	<p>Semplice sottoscrizione della “Dichiarazione di buono stato di salute” presente sul contratto stampato da procedura.</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	<p>Compilazione del “Questionario Sanitario” (Autocertificazione)</p>
C	<p>Compilazione del “Rapporto di visita medica” integrato con i seguenti esami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esame completo delle urine; • esame del sangue: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi (se assicurando maschio aggiungere PSA totale e PSA free). <p>Se il capitale assicurato per la garanzia Malattia Grave è ricompreso nella fascia da 200.000,01 € a 300.000,00 €, utilizzare gli esami stabiliti per il gruppo “D”.</p>
D	<p>Compilazione del “Rapporto di visita medica” integrato con i seguenti esami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esame completo delle urine; • esame del sangue: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, HBsAg, HCV, HBV, emocromo con formula leucocitaria, creatinina, VES, test della cotinina; • ECG base. <p>Se il capitale assicurato per la garanzia Malattia Grave è ricompreso nella fascia da 300.000,01 € a 500.000,00 €, utilizzare gli esami stabiliti per il gruppo “E”.</p>
E	<p>Compilazione del “Rapporto di visita medica” integrato con i seguenti esami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esame completo delle urine; • esame del sangue: glicemia, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, HBsAg, HCV, HBV, emocromo con formula leucocitaria, creatinina, VES, test della cotinina, fosfatasi alcalina, GGT, ALT, AST, bilumina totale (se assicurando maschio aggiungere PSA totale e PSA free); • ECG base; Ex-ECG.
D + F	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione e esami stabiliti nel caso D; • compilazione del “Questionario finanziario”.
E + F	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione e esami stabiliti nel caso E; • compilazione del “Questionario finanziario”.

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:

E' possibile contattare i numeri:

- **+39 02 00640299** (sede amministrativa)
- **+39 0521 912018** (sede legale e direzione generale)
- n. verde **800973015**

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



Crédit Agricole Vita S.p.A.

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

E: informazioni@ca-vita.it

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