

Assicurazione Temporanea per il caso Morte, Malattia Grave e Non Autosufficienza

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



Prodotto: Protezione Pensare Domani (cod. tariffa 17901)

Il presente Dip Aggiuntivo Vita è stato realizzato in data 02/2026 ed è l'ultimo

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Cliente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Società

Crédit Agricole Vita S.p.A., con sede legale in Via Università, 1 - 43121 Parma e sede amministrativa in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano. Tel. 800973015; Sito internet: www.ca-vita-it – Email: informazioni@ca-vita.it; PEC: informazioni.ca-vita@legalmail.it.

Crédit Agricole Vita S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritta all'Albo delle società capogruppo al n°057), soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; Crédit Agricole Vita S.p.A., è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00090 ed autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni vita con decreto del Ministero dell'Industria e del Commercio del 21 giugno 1990.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 982,66 milioni di euro ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 2,086 milioni di euro. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari al 196%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.ca-vita.it.

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Vita, si precisa che la garanzia non opera per:

Esclusioni comuni a tutte le garanzie: (i) pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei (paracadutismo, parapendio, delta piano etc), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, salto dal trampolino con sci, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, immersioni subacquee con autorespiratore, sci o idroski acrobatico), salvo che l'Assicurato abbia dichiarato la pratica di tali sport in fase di sottoscrizione o durante la durata del Contratto e la Compagnia abbia accettato di assumere il relativo rischio.

Esclusioni comuni a tutte le garanzie (ad eccezione delle Garanzia Caso Morte e Malattia Grave): (i) pratica delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 15

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

Esclusioni Copertura Temporanea Malattia Grave:

- Cancro: sono esclusi dalla copertura: (i) tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre maligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali; (ii) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual; (iii) tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti; (iv) tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm; (v) tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0; (vi) neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche;
- Infarto miocardico: sono esclusi dalla copertura: (i) angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta; (ii) cardiomiopatia da stress (Takotsubo); (iii) lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia;
- Ictus: sono esclusi dalla copertura: (i) attacco ischemico transitorio (TIA); (ii) danni cerebrali dovuti ad Infortunio o trauma; (iii) disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina; (iv) eventi vascolari della colonna vertebrale; (v) ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini;
- Innesto di by-pass aortocoronarico: sono esclusi dalla copertura: (i) l'angioplastica a palloncino (PTCA); (ii) il cateterismo cardiaco; (iii) la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose;
- Insufficienza renale irreversibile: sono esclusi dalla copertura: (i) l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea; (ii) l'insufficienza renale monolaterale;
- Insufficienza epatica terminale: è esclusa dalla copertura l'insufficienza epatica terminale correlata ad abuso di alcol o droghe;
- Trapianto d'organo: sono esclusi dalla copertura tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari e trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella definizione.

Periodo di Carenza

Copertura Temporanea Caso Morte e Malattia Terminale:

È previsto un periodo di Carenza pari a 6 mesi dalla Data di Decorrenza del Contratto, laddove il Contratto sia concluso senza rapporto di visita medica. In tal caso la Compagnia non corrisponderà il Capitale Assicurato, ma esclusivamente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la Copertura Temporanea Caso Morte, al netto di eventuali imposte, salvi i casi in cui il decesso sia conseguenza diretta di:

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

Il periodo di Carenza di sei mesi non troverà applicazione qualora l'Assicurato, prima dell'attivazione della Copertura Temporanea Caso Morte, si sia sottoposto a visita medica con esito negativo. Viceversa, in caso di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e di altre patologie collegate, il periodo di Carenza è esteso a cinque anni. Con riferimento a tali tipologie di patologia è possibile escludere la Carenza tramite apposito test HIV.

Copertura Temporanea Malattia Grave:

È previsto un periodo di Carenza pari a 6 mesi dalla Data di Decorrenza del Contratto. Il periodo di Carenza non è previsto se l'Assicurato decide di sottoporsi a visita medica prima dell'attivazione della copertura, ad eccezione della diagnosi della Malattia Grave "Cancro", per cui il periodo di Carenza è sempre previsto anche in presenza della visita medica.

Durante il periodo di Carenza, nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una Malattia Grave, la Compagnia la Compagnia non corrisponderà il Capitale Assicurato, ma una somma pari all'ammontare dei premi versati per la Copertura Temporanea Malattia Grave, salvo il caso in cui la Malattia Grave sia conseguenza diretta di Infortunio avvenuto dopo la Data di Decorrenza. In tale ultimo caso, la Compagnia paga all'Assicurato il Capitale Assicurato per il caso di Malattia Grave.

Copertura Temporanea Non Autosufficienza.

È previsto un periodo di Carenza di:

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

Durante il periodo di Carenza, nel caso in cui venga accertata la Non Autosufficienza, la Compagnia non corrisponderà il Capitale Assicurato ma una somma pari all'ammontare dei premi versati per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza.

Il periodo di Carenza non opera in caso di Infortunio.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai Clienti (persone fisiche e giuridiche), residenti in Italia, con esigenza di protezione assicurativa contro i rischi legati al decesso, malattia grave e non autosufficienza dell'Assicurato.

Nel caso di Cliente persona fisica: (i) con età uguale o superiore a 18 anni; (ii) non già in possesso di una copertura di protezione vita adeguata a rispondere ai bisogni di protezione propri e/o del soggetto Assicurato.

Il prodotto è rivolto anche alle persone giuridiche, limitatamente alla copertura "Temporanea Caso Morte" e alla copertura complementare facoltativa "Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale".

Il prodotto è altresì sottoscrivibile per la protezione dell'Assicurato: (i) con età compresa tra i 18 anni e i 70 anni e 6 mesi (ii) che alla data di scadenza della copertura assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni e 6 mesi (per le coperture "Temporanea Caso Morte" e "Malattia Grave") o di età inferiore o uguale a 80 anni per la copertura "Non Autosufficienza".



Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Spese di Emissione	<i>5 euro da ogni premio annuo</i>	La Compagnia sosterrà i costi legati ad eventuali accertamenti sanitari richiesti per la sottoscrizione del Contratto o per l'eliminazione della Carenza fino ad un massimo di 100,00 euro. In particolare, la Compagnia rimborserà fino a euro 100 al Cliente a seguito della conclusione del Contratto e dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa. Il contributo a copertura delle spese sostenute per gli accertamenti sanitari verrà corrisposto da parte di IPAS, provider della Compagnia, a mezzo bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Cliente. In caso di mancata conclusione del Contratto, il costo degli accertamenti sanitari è interamente a carico del Cliente.
Costi di acquisizione e gestione percentuale	<i>40% di ogni premio annuo pagato al netto delle spese di emissione</i>	
Interessi di frazionamento	<i>Non previsti</i>	

Il presente Contratto non prevede costi per l'esercizio di opzioni.

Non sono previsti costi per l'erogazione della rendita in caso di Non Autosufficienza.

Costi di intermediazione: la quota parte percepita dagli intermediari per il prodotto Protezione Pensare Domani è pari al 30,00%. La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: Crédit Agricole Vita S.p.A. – Ufficio Reclami - Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano - e-mail reclami@ca-vita.it , pec: ca-vita@legalmail.it . La Compagnia dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
Mediazione	Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, che costituisce condizione di procedibilità per le controversie in materia assicurativa, interpellando 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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenza sulla determinazione dell'indennizzo, sullo stato della Malattia Terminale e/o della Malattia Grave, oppure sul grado di Non Autosufficienza, si potrà ricorrere ad una valutazione collegiale effettuata da tre medici. In alternativa, si potrà ricorrere all'Autorità Giudiziaria. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposte sui premi</u> I premi di assicurazione sulla vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. La parte del premio relativa alle prestazioni per il caso di morte per infortunio o per infortunio da incidente stradale e di morte di entrambi i coniugi conviventi è soggetta ad imposta sulle assicurazioni con un'aliquota pari al 2,50%</p> <p><u>Detrazione fiscale dei premi</u> La parte del premio relativo alla copertura per il caso morte e non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana è detraibile dall'imposta sul reddito delle persone fisiche secondo la disciplina prevista dalla normativa vigente.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte in dipendenza del presente contratto sono esenti da IRPEF.</p>

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Il cliente che è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi – non è tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Crédit Agricole Vita al seguente link (https://www.ca-vita.it/notizie-comunicati/informativa-sulle-disposizioni-per-la-prevenzione-delle-discriminazioni-e-la-tutela-dei-diritti-delle-persone-con-malattie-oncologiche).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Crédit Agricole Vita o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO Crédit Agricole Vita DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CLIENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO, PER PAGARE - OVE PREVISTO - IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E RICHIEDERE LA MODIFICA DEI TUOI DATI PERSONALI.