

Assicurazione temporanea per il caso morte e/o invalidità totale e permanente in forma collettiva

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

Crédit Agricole Vita S.p.A.

 CRÉDIT AGRICOLE
VITA

Prodotto: CA VITA INSIEME PIÙ PROTETTI

(Tariffa 190 per il caso di decesso, Tariffa 191 per il caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente)

Data di realizzazione DIP Vita: Luglio 2025 (il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

CA Vita Insieme Più Protetti è un'assicurazione collettiva di puro rischio offerta ai datori di lavoro per la copertura del rischio di decesso (Tariffa 190) o del rischio di decesso o di invalidità permanente da ogni causa dei propri dipendenti (Tariffa 191), per i casi in cui la copertura assicurativa di tali rischi è obbligatoria in ragione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria (CCNL).



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Le coperture assicurative comprendono:

- persone che all'ingresso in copertura hanno minimo 18 anni anagrafici - massimo 74 anni e 6 mesi, per Prestazione in caso di decesso (Tariffa 190);
- persone che all'ingresso in copertura hanno minimo 18 anni anagrafici - massimo di 69 anni e 6 mesi, per Prestazione in caso di decesso o invalidità totale e permanente (Tariffa 191).

L'assicurazione è disponibile in due Tariffe:

Temporanea caso morte, a copertura del solo rischio di decesso (Tariffa 190);

Temporanea caso morte o invalidità totale e permanente, a copertura dei rischi di decesso o di invalidità totale e permanente (Tariffa 191).

A seconda della Tariffa le prestazioni erogate sono:

- a) Prestazione in caso di decesso (applicabile a entrambe le Tariffe):** in caso di decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa nel corso del periodo di copertura, la Compagnia pagherà ai Beneficiari il capitale assicurato relativo alla singola posizione;
- b) Prestazione in caso di invalidità totale e permanente (applicabile alla sola Tariffa 191):** in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato verificatasi durante il periodo di copertura, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario il capitale assicurato relativo alla singola posizione.

Si intende colpito da Invalidità Totale e Permanente l'Assicurato che per sopravvenutagli infermità, difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia ridotto in modo definitivo ed irrimediabile la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle proprie attitudini a meno di un terzo del normale, tale da determinare la risoluzione del rapporto di lavoro.



Che cosa NON è assicurato?

Le coperture assicurative non comprendono:

- ✗ persone che all'ingresso in copertura hanno meno di 18 anni anagrafici o più di 74 anni e 6 mesi, per Prestazione in caso di decesso (Tariffa 190);
- ✗ persone che all'ingresso in copertura hanno meno di 18 anni anagrafici o più di 69 anni e 6 mesi, per Prestazione in caso di decesso o invalidità totale e permanente (Tariffa 191).



Ci sono limiti di copertura?

Entrambe le coperture per il caso di decesso e il caso di invalidità totale permanente non operano in caso di:

- ! dolo del Beneficiario;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- ! evento avvenuto in uno dei paesi indicati come paese a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. Qualora l'indicazione fornita del Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data di segnalazione;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato 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;
- ! 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 l'Assicurato 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 sei mesi;

Il capitale assicurato è determinato dal Contraente nel rispetto dei valori minimi previsti dai CCNL di appartenenza.

Per la Tariffa 191 (Temporanea caso morte o invalidità totale e permanente), il Contratto prevede il pagamento del Capitale Assicurato al verificarsi del primo evento. Il pagamento della prestazione per invalidità totale e permanente determina quindi la cessazione della copertura per la singola posizione; pertanto, nulla sarà dovuto dalla Società in caso di decesso successivo dell'Assicurato.

! infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività sportive: alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza, attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record), sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, competizioni e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore o natante, paracadutismo, speleologia, sport estremi (es. base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi dalle grandi altezze), volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio, equitazione, pugilato e sumo.



Dove vale la copertura?

Il Contratto di assicurazione non prevede limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati devono essere esatte e non reticenti.
- Il Contraente ha l'obbligo di fornire, ai fini dell'ingresso in assicurazione, l'elenco delle persone da inserire in copertura e ogni successiva variazione.
- Per richiedere la liquidazione della prestazione dovranno pervenire alla Compagnia i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e a individuare correttamente gli aventi diritto. La richiesta di liquidazione deve essere compilata in tutte le sue parti e sottoscritta dal rappresentante legale del Contraente e, in caso di attivazione della copertura per morte dell'Assicurato, controfirmata dal Beneficiario. Alla comunicazione devono sempre essere allegati: (i) copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente (Assicurato o Beneficiario) se non già presentati o se quelli presentati sono scaduti; (ii) il questionario di adeguata verifica firmato e sottoscritto; (iii) la certificazione storica attestante le situazioni anagrafiche pregresse riguardo lo stato di famiglia dell'Assicurato relativo al momento della sottoscrizione del Contratto; (iv) solo se la richiesta è effettuata da un procuratore o da un rappresentante legale, atto di nomina e copia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto; (v) solo se uno dei Beneficiari è minore o incapace, l'originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizza alla riscossione della somma e le modalità di reimpiego.

In caso di attivazione della copertura per morte dell'Assicurato, il Beneficiario deve presentare anche: (i) la documentazione a comprova della propria designazione; (ii) il certificato di morte in carta semplice e con indicazione della data di nascita; (iii) la relazione del medico curante; (iv) solo in caso di morte a seguito di eventi violenti o accidentali, il documento rilasciato dall'autorità competente.

In caso di attivazione della copertura per Invalidità Totale e Permanente, l'Assicurato deve presentare anche: (i) verbale INPS/INAIL/ASL con accertamento stato di invalidità; (ii) relazione del medico curante sulle cause ed il decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità; (iii) dichiarazione del datore di lavoro riportante la data inizio e la data fine del rapporto di lavoro. Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia si riserva, comunque, il diritto di richiedere ulteriore documentazione.

- Nei casi di Assicurati per i quali sia stato richiesto di assicurare un capitale superiore a quanto previsto dal CCNL di appartenenza dell'Azienda, questi hanno l'obbligo di fornire alla Compagnia la documentazione sanitaria richiesta.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente deve pagare il premio alla data di stipula del contratto, ad ogni nuovo ingresso e ad ogni successiva scadenza annuale, tramite disposizione di addebito a favore della Compagnia.
- Il premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato e dall'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato, secondo la tariffa per l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte o di invalidità permanente. Il premio per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età assicurativa, l'importo del capitale assicurato e le condizioni di salute dell'Assicurato (nei casi in cui ciò sia previsto dalle modalità assuntive). Nel caso in cui si rendano necessarie ulteriori valutazioni in sede di assunzione in copertura di singoli Assicurati, la Compagnia può richiedere l'applicazione di una maggiorazione del premio (sovrappremio) ai fini dell'attivazione della copertura.
- Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno ratei di premio, riducendo i premi come sopra determinati in proporzione alla durata della copertura. Il premio dovuto dal Contraente per le coperture non è frazionabile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto tra la Compagnia e il Contraente ha durata di 3 anni a partire dalla data di decorrenza indicata dal Contraente e si rinnova automaticamente alla scadenza di 3 anni in 3 anni, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle parti, almeno 30 giorni prima della scadenza annua delle coperture.
- Il Contratto è concluso nel momento in cui la Compagnia riceve il modulo di proposta sottoscritto dal Contraente per accettazione.
- In forza del contratto viene accesa una copertura assicurativa mono-annuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun Assicurato incluso nel Contratto stesso.



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

Il Contraente ha il diritto di revocare la proposta di assicurazione rappresentata nel modulo di proposta fino al giorno lavorativo antecedente la data di decorrenza indicata nel modulo di proposta.

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.

Il Contratto può essere risolto da una delle parti (Compagnia e Contraente) tramite esercizio della facoltà di disdetta tramite comunicazione inviata entro 30 giorni prima della scadenza annuale delle coperture.

La Compagnia può inoltre risolvere il Contratto nel caso sia trascorso un anno dall'ultimo versamento del Contraente.



Sono previsti riscatti o riduzioni? [] SI [x] NO

Non essendo previsto il riscatto, non sono previsti valori di riscatto.