



Condizioni di Assicurazione


Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Edizione Febbraio 2025

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 in caso di Decesso (tariffa 19)	pag. 6
3. Garanzia temporanea in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente (tariffa 191)	pag. 7
4. Premio	pag. 8
5. Decorrenza e durata della copertura e del Contratto	pag. 11

C - Il Contratto dalla A alla Z

6. Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato	pag. 12
7. Conclusione ed Efficacia del Contratto	pag. 12
8. Ingresso e permanenza in Assicurazione	pag. 13
9. Variazioni della popolazione assicurata in corso di Contratto	pag. 13
10. Variazioni del Capitale Assicurato in corso di Contratto	pag. 14
11. Modalità assuntive	pag. 14
12. Revoca della Proposta	pag. 14
13. Risoluzione del Contratto	pag. 15
14. Diritto di Recesso	pag. 15
15. Disdetta del Contratto	pag. 15
16. Costi	pag. 15
17. Prestiti	pag. 15
18. Cessioni di credito, pegno o vincoli	pag. 15
19. Duplicati	pag. 16
20. Beneficiari	pag. 16
21. Referente	pag. 17
22. Collegio Medico	pag. 17
23. Antiterrorismo e sanzioni internazionali	pag. 18
24. Informativa in corso di Contratto	pag. 18
25. Antiriciclaggio	pag. 18
26. Tasse e imposte	pag. 18
27. Foro competente	pag. 18
28. Legge applicabile al Contratto	pag. 18

D - Pagamenti della Compagnia

29. Richieste di pagamento	pag. 19
30. Pagamento del Capitale Assicurato per il Caso di Morte dell'Assicurato	pag. 19
31. Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente	pag. 20
32. Rischio catastrofe che colpisca più Assicurati	pag. 21
33. Termini per il pagamento	pag. 21

E - Glossario

pag. 22

F - Allegato 1

pag. 25

A - Presentazione

1 Il Contratto in sintesi

1.1 Tipo di Contratto

CA Vita Insieme Più Protetti è un **Contratto** assicurativo in forma collettiva, stipulato dal datore di lavoro persona giuridica (**Contraente**) per la **copertura del rischio di Decesso** e di **Invalidità Totale e Permanente** dei propri dipendenti (**Assicurati**) secondo quanto previsto dai **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria (CCNL)**.

Il **Contratto** è disponibile in due Tariffe (alternative tra loro):

- **Garanzia Temporanea in caso di Decesso (tariffa 190);**
- **Garanzia Temporanea in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente (tariffa 191).**

Il **Contratto** di assicurazione, a **Premio** unico mono-annuale, in entrambe le versioni, presuppone:

- un unico **Contraente**, uno o più **Assicurati** ed un unico **Contratto** di assicurazione;
- la copertura di categorie di **Assicurati** nella loro totalità;
- la determinazione della somma assicurata, per ogni **Assicurato**, in base a criteri indipendenti dalla diretta volontà dei singoli **Assicurati**.

I rischi di **Decesso** e **Invalidità Totale e Permanente** si intendono coperti da ogni causa (malattia o infortunio), nei limiti indicati dalle successive disposizioni del presente **Contratto**.

Al fini della sottoscrizione del presente **Contratto**, la **Compagnia** e il **Contraente** provvedono alla stipula di apposita **Convenzione** di **Durata** triennale e rinnovabile secondo i termini dalla stessa previsti.

1.2 Premio

A fronte dell'accettazione del rischio da parte di **Compagnia**, il **Contraente** si impegna a pagare un **Premio** unico, variabile di anno in anno, per ciascun **Assicurato**.

L'importo del **Premio** unico da pagare nell'anno di copertura assicurativa per ciascun **Assicurato** dipende da:

- Età dell'**Assicurato** alla data di ingresso in assicurazione;
- Tariffa selezionata (tariffa 190 o tariffa 191);
- Importo del **Capitale Assicurato**;
- Condizioni di salute dell'**Assicurato** (anche in ragione dell'eventuale aggravamento del rischio valutato dalla **Compagnia** in funzione della dichiarazione del datore di lavoro e dell'eventuale ulteriore documentazione ricevuta al momento del primo ingresso in assicurazione di ciascun **Assicurato** o in sede di variazione del **Capitale Assicurato**).

La **Compagnia** si riserva la facoltà di variare i tassi applicati per la determinazione del **Premio** ad ogni rinnovo annuale delle coperture in base all'esperienza statistica riferita alla collettività degli **Assicurati**, dandone preventiva comunicazione al **Contraente** via lettera con un preavviso di almeno 30 giorni rispetto al termine per la **Disdetta**.

B - Oggetto del Contratto

2 Garanzia temporanea in caso di Decesso (tariffa 190)

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

In **Caso di Morte** dell'**Assicurato**, l'esecuzione della prestazione prevista da parte della **Compagnia**, pone fine a tutte le coperture attivate per quell'**Assicurato** a far data dal **Decesso**.

2.1 Condizioni di Assicurabilità

Sono assicurabili le persone fisiche, domiciliate in Italia, coincidenti con il personale dipendente di ciascuna Azienda **Contraente**, il cui **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro** prevede un obbligo di copertura per il **Caso di Morte**.

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione della **Copertura Temporanea Caso Morte** non deve essere inferiore a 18 anni anagrafici né superiore a 74 anni e 6 mesi.

L'inesatta indicazione della data di nascita dell'**Assicurato** comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla **Compagnia**.

Il **Contratto** può essere sottoscritto solo da persone giuridiche.

2.2 Scelta del Capitale Assicurato per il Caso di Morte

Il **Capitale Assicurato** in caso di **Decesso**, che è stabilito dal **Contraente** per ciascun **Assicurato**, viene riportato all'interno del **Modulo di Proposta** e deve soddisfare i seguenti requisiti:

- essere almeno pari a quanto previsto dal **CCNL** di riferimento;
- non superare € 1.500.000,00.

2.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il Caso di Morte

In **Caso di Morte** per qualsiasi causa, ad eccezione delle **Esclusioni** riportate all'art. 2.4, la **Compagnia** pagherà ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato** previsto in caso di **Decesso**.

Il pagamento da parte della **Compagnia**, per un determinato **Assicurato**, del capitale previsto in caso di **Decesso**, determina la cessazione delle coperture assicurative per quell'**Assicurato** a far data dal **Decesso**; pertanto, la posizione individuale relativo all'**Assicurato** si estingue.

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

Il **Capitale Assicurato** in caso di **Decesso** non è soggetto a rivalutazione.

2.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della garanzia temporanea in caso di Decesso (tariffa 190)

2.4.1 Esclusioni

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

La **Compagnia** non pagherà il **Capitale Assicurato** per il **Caso di Morte** in caso di evento causato da:

- a) dolo del **Beneficiario**;
- b) partecipazione attiva dell'**Assicurato** a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'**Assicurato** a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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;
- h) 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

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

Il **Capitale Assicurato** per il **Caso di Morte** è sempre dovuto all'**Assicurato** in caso di **Decesso**. Non è dunque previsto alcun periodo di **Carenza**.

2.5 Premio per la Copertura Temporanea Caso Morte

L'importo che il **Contraente** deve corrispondere alla **Compagnia**, indicato sul **Modulo di Proposta** (salvo quanto successivamente previsto per i casi in cui si rendano necessarie ulteriori verifiche e l'applicazione di **Sovrappremi**), dipende dal **Capitale Assicurato** per il **Caso di Morte**, dall'età dell'**Assicurato** e dalle sue condizioni di salute (nei casi previsti dalle modalità assuntive).

3 Garanzia temporanea in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente (tariffa 191)

In **Caso di Morte** o **Invalidità Totale e Permanente** dell'**Assicurato** durante il periodo di copertura, la **Compagnia** paga ai **Beneficiari** il **Capitale Assicurato**.

Il **Contratto** prevede il pagamento del **Capitale Assicurato** al verificarsi del primo evento tra il **Decesso** o l'**Invalidità Totale e Permanente** dell'**Assicurato**.

Il pagamento della prestazione per **Invalidità Totale e Permanente** determina quindi la chiusura delle coperture per quell'**Assicurato** e nulla sarà dovuto dalla **Compagnia** in caso di **Decesso** successivo dell'**Assicurato**.

3.1 Condizioni di assicurabilità

Sono assicurabili le persone fisiche, domiciliate in Italia, coincidenti con il personale dipendente di ciascuna Azienda **Contraente**, il cui **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro** prevede un obbligo di copertura per il **Caso di Morte o Invalidità Totale e Permanente**.

Sono inoltre assicurabili, soltanto entro i limiti di valore del capitale previsti da **CCNL** di riferimento, i dipendenti del **Contraente** cui sia già stata riconosciuta un'invalidità permanente parziale o totale o che abbiano presentato domanda per farsi riconoscere tale invalidità (anche qualora il riconoscimento avvenga in un periodo successivo all'emissione del **Contratto**).

L'età dell'**Assicurato** al momento della sottoscrizione non deve essere inferiore a 18 anni anagrafici né superiore a 69 anni e 6 mesi.

L'inesatta indicazione della data di nascita dell'**Assicurato** comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute dalla **Compagnia**.

3.2 Scelta del Capitale Assicurato per il Caso di Morte e Invalidità Totale e Permanente

Il **Capitale Assicurato** in caso di **Decesso o Invalidità Totale e Permanente**, riportato all'interno del **Modulo di Proposta**, è stabilito dal **Contraente** per ciascun **Assicurato** e prevede il pagamento in un'unica soluzione nel rispetto dei seguenti requisiti:

- essere almeno pari a quanto previsto dal **CCNL** di riferimento;
- non superare € 1.500.000,00.

Restano fermi i limiti indicate nel precedente articolo 3.1 con riguardo ai dipendenti del **Contraente** a cui sia già stata riconosciuta un'invalidità permanente parziale o totale o che abbiano presentato domanda per farsi riconoscere tale invalidità.

3.3 Pagamento del Capitale Assicurato per il Caso di Morte o Invalidità Totale e Permanente

In caso di **Decesso e Invalidità Totale e Permanente** da qualsiasi causa, ad eccezione delle **Esclusioni** riportate all'art. 3.4, la **Compagnia** pagherà all'**Assicurato** il **Capitale Assicurato** previsto dalla copertura.

Il pagamento da parte della **Compagnia**, per un determinato **Assicurato**, del capitale previsto in caso di **Decesso o Invalidità Totale e Permanente**, determina la cessazione di entrambe le coperture assicurative per quell'**Assicurato (Caso Morte ed Invalidità)** a far data dall'accertamento del **Decesso** o dell'**Invalidità**; pertanto, la posizione individuale si estingue.

In caso di sopravvivenza dell'**Assicurato** al termine della copertura assicurativa o qualora, nel corso del periodo di copertura, non si verifichi un evento tale da determinare l'**Invalidità Totale e Permanente** dell'**Assicurato**, nulla è dovuto da parte della **Compagnia** e i premi già versati restano acquisiti da quest'ultima.

Resta inteso che, nei limiti dei capitali previsti dal **CCNL**, nel caso di invalidità permanenti parziali o totali già riconosciute o per le quali sia stata presentata domanda di riconoscimento (confermata successivamente all'inizio della copertura assicurativa), l'eventuale valutazione di una prestazione dovuta a un evento aggiuntivo occorso successivamente alla **Data di Decorrenza** del **Contratto** in oggetto, terrà in considerazione esclusivamente le conseguenze dell'evento verificatosi successivamente a tale data.

3.4 Esclusioni, Carenza e limitazioni della garanzia temporanea in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente (tariffa 191)

3.4.1 Esclusioni

Per quanto attiene alla copertura per il caso di **Decesso** e **Invalidità Totale e Permanente** trovano applicazione le medesime **Esclusioni** indicate all'art. 2.4.

3.4.2 Periodo iniziale in cui la Copertura Temporanea Caso Morte o Invalidità Totale e Permanente non è ancora attiva (Carenza)

Il **Capitale Assicurato** in caso di **Decesso** o di **Invalidità Totale e Permanente** è sempre dovuto all'**Assicurato**. Non è dunque previsto alcun periodo di **Carenza**.

3.5 Premio per la Copertura Temporanea Caso Morte o Invalidità Totale e Permanente

L'importo da corrispondere alla **Compagnia**, indicato sul **Modulo di Proposta**, dipende dal **Capitale Assicurato** per il caso di **Invalidità Totale e Permanente** (uguale al **Capitale Assicurato** per il **Caso Morte**), dall'età dell'**Assicurato** e dalle sue condizioni di salute (nei casi previsti dalle modalità assuntive).

4 Premio

A fronte dell'accettazione del rischio da parte di **Compagnia**, il **Contraente** si impegna a pagare un **Premio** unico, variabile di anno in anno, per ciascun **Assicurato**.

L'importo del **Premio** unico da pagare nell'anno di copertura assicurativa per ciascun **Assicurato** dipende da:

- Età dell'**Assicurato** alla data di ingresso in assicurazione;
- Tariffa selezionata (tariffa 190 o tariffa 191);
- Importo del **Capitale Assicurato**;
- Condizioni di salute dell'**Assicurato** (anche in ragione dell'eventuale aggravamento del rischio valutato dalla **Compagnia** in funzione della dichiarazione del datore di lavoro e dell'eventuale ulteriore documentazione ricevuta al momento del primo ingresso in assicurazione di ciascun **Assicurato** o in sede di variazione del **Capitale Assicurato**).

L'importo del **Premio** iniziale dovuto in sede di sottoscrizione del **Contratto**, come definito dalla **Compagnia**, è indicato dal **Soggetto Abilitato** al **Contraente** sulla base dell'elenco degli **Assicurati** e delle informazioni necessarie per il calcolo del **Premio** medesimo, fornite dal **Contraente** alla **Compagnia** secondo i termini pattuiti nella **Convenzione** stipulata tra la **Compagnia** e il **Contraente** medesimo.

L'importo del **Premio** iniziale dovuto, come definito dalla **Compagnia**, è comunicato dal **Soggetto Abilitato** al **Contraente** nell'ambito del **Modulo di Proposta**. L'importo del **Premio** indicato nel **Modulo di Proposta** si riferisce alle coperture relative agli **Assicurati** per i quali non si rendano necessarie valutazioni ulteriori ai fini dell'assunzione in copertura e non sia quindi prevista l'applicazione di una maggiorazione del Prezzo (**Sovrappremio**) secondo quanto indicato nel successivo paragrafo 4.2.

Nel caso in cui si rendano necessarie ulteriori valutazioni in sede di assunzione in copertura dei singoli **Assicurati** e sia prevista l'applicazione di un **Sovrappremio**, invece, l'importo del **Premio** dovuto dal **Contraente** per la copertura di tali **Assicurati** forma oggetto di separata comunicazione al **Contraente** tramite apposite appendici.

Il **Soggetto Abilitato** comunica al **Contraente** l'applicazione dell'eventuale **Sovrappremio**, come definito dalla **Compagnia**, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Il **Sovrappremio** dovrà essere pagato entro 30 giorni dal completamento della valutazione assuntiva.

L'importo del **Premio** da corrispondere in occasione dei successivi rinnovi annuali delle coperture è comunicato annualmente dalla **Compagnia** al **Contraente** sulla base dell'elenco aggiornato degli **Assicurati** e delle informazioni necessarie per il calcolo del **Premio** per mezzo di un documento riepilogativo 45 giorni prima della data di rinnovo delle coperture, secondo i termini pattuiti nella **Convenzione** stipulata tra la **Compagnia** e il **Contraente**.

Il **Contraente** deve pagare il **Premio** entro 30 giorni dalla data di scadenza e rinnovo annuale delle coperture, pena l'inefficacia del **Contratto**. Resta inteso che, a fronte del mancato pagamento del **Premio**, eventuali sinistri verificatisi successivamente alla data di scadenza delle coperture non verranno indennizzati.

In caso di cessazione anticipata della copertura assicurativa per risoluzione del rapporto di lavoro o pensionamento dell'**Assicurato**, la **Compagnia** restituisce al **Contraente** il rateo di **Premio** pagato e non goduto.

4.1 Modalità di pagamento del Premio

Il **Contraente** può pagare il **Premio** esclusivamente mediante disposizione di pagamento a favore dei **Soggetti Abilitati** con addebito diretto sul conto corrente intestato al **Contraente** il giorno della data decorrenza delle coperture e aperto presso uno dei **Soggetti Abilitati**.

Non sono possibili pagamenti in contanti.

4.2 Maggiorazione del Premio

A seconda del valore del **Capitale Assicurato** per i singoli **Assicurati**, come indicato nella Tabella assuntiva (allegato I), la **Compagnia** può richiedere, sulla base della documentazione ricevuta, ulteriori accertamenti e decidere di accettare i rischi previa applicazione di eventuali **Sovrappremi**. L'applicazione di un **Sovrappremio** può dipendere dallo stato di salute dell'**Assicurato** e dallo svolgimento di attività sportive e/o lavorative da parte dell'**Assicurato** che superino i normali livelli di rischio.

Nei casi in cui la **Compagnia** richiede l'applicazione di un **Sovrappremio**, il **Soggetto Abilitato** comunica al **Contraente** il **Premio** inclusivo del **Sovrappremio**.

Il pagamento del **Premio** comprensivo del **Sovrappremio** richiesto dalla **Compagnia** determina l'attivazione della copertura assicurativa con riferimento all'**Assicurato** a cui il **Sovrappremio** si riferisce, con data effetto pari a quella indicata dal **Contraente**.

La decisione finale dell'ingresso in assicurazione di ciascun **Assicurato**, qualora venga richiesto un'estensione del capitale oltre i limiti minimi previsti da **CCNL**, verrà presa dalla **Compagnia**, a suo insindacabile giudizio, a seguito dell'analisi della documentazione prodotta.

5 Decorrenza e durata della copertura e del Contratto

La copertura ha decorrenza dalla data indicata dal **Contraente** a condizione che sia pagato il **Premio**. La copertura ha **Durata** annuale con tacito rinnovo a condizione che sia in vigore la **Convenzione** tra la **Compagnia** e il **Contraente**.

Il **Contratto** può essere risolto da una delle parti (**Compagnia** e **Contraente**) tramite esercizio della facoltà di **Recesso** con una comunicazione da inviare entro 30 giorni dalla scadenza annuale delle coperture. Tale comunicazione scritta, da parte del **Contraente**, può essere:

- Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano
- Inviata tramite mail alla casella informazioni@ca-vita.it oppure via PEC all'indirizzo portafoglio.ca-vita@legalmail.it; in entrambi i casi allegando documento d'identità in corso di validità.

C - Il Contratto dalla A alla Z

6 Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato

6.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del rischio Assicurato

Il **Contraente** e l'**Assicurato** hanno 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**, l'applicazione di un **Premio** maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

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

6.2 Dichiarazioni con rilevanza fiscale o richieste dalla legge

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

6.3 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

La modifica dell'attività svolta dell'**Assicurato** in corso di **Contratto** può comportare un aggravamento del rischio assunto dalla **Compagnia**. In tali ipotesi, il **Contraente** deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento di professione o attività sportiva svolte dall'**Assicurato** eventualmente intervenute in corso di **Contratto**. Si applica in ogni caso quanto previsto dall'art. 1926 Cod.civ.

7 Conclusione ed Efficacia del Contratto

Il **Contratto** è concluso nel momento in cui la **Compagnia** riceve il **Modulo di Proposta** sottoscritto dal **Contraente** per accettazione (in diritto, la conclusione del **Contratto** rappresenta il momento in cui le parti raggiungono un accordo). La proposta è valida fino al giorno lavorativo antecedente la **Data di Decorrenza** selezionata dal **Contraente**.

Resta inteso che la ricezione del **Modulo di Proposta** determina la conclusione immediata del **Contratto** solo in relazione agli **Assicurati** indicati nel **Modulo di Proposta** medesimo, per i quali non si rende necessaria una valutazione assuntiva.

Per gli **Assicurati** per i quali si rende necessaria una valutazione assuntiva e l'applicazione di un **Sovrappremio** nei termini indicati nel precedente articolo 4.2, la conclusione del **Contratto** è subordinata all'emissione di apposita appendice da parte della **Compagnia**.

Il **Contratto** decorre a partire dalla **Data di Decorrenza** indicata nel **Modulo di Proposta**, ha **Durata** triennale e si rinnova tacitamente al termine del triennio di riferimento, salvo diversa volontà espressa da una delle parti almeno

30 giorni prima della scadenza annuale delle coperture.

Ciascuna parte può **Disdettare** il **Contratto** dandone comunicazione per iscritto all'altra parte 30 giorni prima della scadenza annuale delle coperture, tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Il **Contratto** produce i propri effetti a partire dalla **Data di Decorrenza**, ma solo se il **Premio** è stato corrisposto.

8 Ingresso e permanenza in Assicurazione

L'attivazione delle coperture assicurative per ciascun **Assicurato** è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato all'allegato 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, a condizione che tale esito sia reso noto alla **Compagnia**, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di un'**Appendice Elenco**; e
- al corretto pagamento del **Premio** nonché del **Sovrappremio** eventualmente richiesto dalla **Compagnia**, ove applicabile.

Le coperture assicurative per ciascun **Assicurato** sono attivate a partire dalle ore 00.00 del giorno di pagamento del **Premio** (**Data di inclusione in copertura**), fermo quanto previsto dal presente **Contratto** in relazione alla possibile applicazione di **Sovrappremi**.

Il **Contraente** si impegna, per ciascun **Assicurato** per il quale richieda l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- fornire alla **Compagnia** i dati anagrafici e ogni altra informazione necessaria relativamente agli **Assicurati** secondo le modalità con questa indicate nel modulo di **Convenzione**;
- consegnare agli **Assicurati** copia del Set Informativo relativo al presente **Contratto**;
- consegnare agli **Assicurati** ogni altro documento la cui consegna agli **Assicurati** è richiesta dal **Contratto**;
- consegnare alla **Compagnia** ogni documento da questa richiesto e necessario per l'inserimento in copertura degli **Assicurati**.

Almeno 60 giorni prima della scadenza annuale delle coperture il **Contraente** deve comunicare alla **Compagnia** le eventuali variazioni degli **Assicurati** inclusi in copertura rispetto a quanto dallo stesso comunicato alla sottoscrizione in conformità al **CCNL** di categoria.

9 Variazioni della popolazione assicurata in corso di Contratto

Per gli **Assicurati** inclusi in copertura successivamente alla **Data di Decorrenza** del **Contratto** si applicherà un rateo di **Premio** determinato riducendo il **Premio** in proporzione alla **Durata** del Periodo di assicurazione relativo al singolo **Assicurato** subentrante.

In caso di uscite di **Assicurati** in corso di **Contratto** per cause diverse dal **Decesso**, sarà rimborsato il rateo di **Premio** relativo al Periodo di assicurazione non goduto.

In entrambi i casi si applicheranno le seguenti regole operative:

- comunicazione tempestiva da parte del **Contraente** al **Soggetto Abilitato** delle variazioni intervenute sull'Anagrafica della popolazione assicurata, evidenziando ogni variazione in entrata e in uscita;
- sulla base di tale Anagrafica aggiornata, il **Soggetto Abilitato** emette le relative appendici di variazione del **Premio**;
- per tutte le inclusioni in copertura, la **Compagnia** applica un rateo di **Premio** calcolato come sopra;
- le coperture per ciascun **Assicurato** decorrono dalle ore 00:00 della **Data di inclusione in copertura** e terminano

- alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici;
- ogni variazione in uscita degli **Assicurati** deve essere richiesta per iscritto dal **Contraente**. Per gli **Assicurati** uscenti le coperture assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno indicato nel modulo di richiesta.

10 Variazioni del Capitale Assicurato in corso di Contratto

Il **Capitale Assicurato** per le singole adesioni può essere modificato in caso di variazione del livello di inquadramento o cambiamento dello status familiare dell'**Assicurato** (es. figli/ coniuge a proprio carico). In tal caso il **Contraente** comunica tempestivamente alla **Compagnia** il nuovo capitale da assicurare e corrisponde il **Premio** dovuto.

Il **Contraente** può altresì variare il Capitale **Assicurato** per le singole adesioni anche per motivazioni diverse da quelle sopra citate. In tal caso le variazioni dovranno essere comunicate in fase di rinnovo delle coperture previa comunicazione, da parte del **Contraente**, fino a 60 giorni prima della data di rinnovo delle coperture. La **Compagnia** potrà richiedere ulteriore documentazione o accertamenti sanitari, qualora siano richiesti per i capitali previsti nella "Tabella assuntiva" (allegato I).

11 Modalità assuntive

I rischi vengono assunti dalla **Compagnia** con riferimento all'ammontare del capitale da assicurare secondo quanto previsto nella "Tabella assuntiva" (allegato I). L'**Assicurato**, ove richiesto, si impegna a fornire alla **Compagnia** la documentazione entro 45 giorni dalla data di richiesta della documentazione necessaria all'eventuale valutazione. Resta comunque inteso che, all'atto della produzione della documentazione assuntiva dovuta, la **Compagnia** si riserva di:

- dare efficacia alla copertura assicurativa, accettando il rischio a condizioni normali;
- dare efficacia alla copertura assicurativa condizionatamente al pagamento di un **Sovrappremio**;
- richiedere ulteriore documentazione;
- rifiutare il rischio.

Nel caso in cui la **Compagnia** rifiutasse il rischio, sarà comunque possibile coprire l'**Assicurato** entro i limiti di capitale e le condizioni previste dal **CCNL** di appartenenza.

In caso di evento precedente al termine della valutazione assuntiva, l'**Assicurato** e i relativi **Beneficiari** non godono di copertura assicurativa.

12 Revoca della Proposta

Il **Contraente** ha il diritto di **Revocare** la proposta di assicurazione valida fino al giorno lavorativo antecedente la **Data di Decorrenza** selezionata dal **Contraente** mediante comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano
- Inviata tramite mail alla casella informazioni@ca-vita.it oppure via PEC all'indirizzo portafoglio.ca-vita@legalmail.it; in entrambi i casi allegando documento d'identità in corso di validità.

13 Risoluzione del Contratto

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

- a) **Recesso**;
- b) **Disdetta**;
- c) mancato pagamento del **Premio** in scadenza entro 30 giorni dalla data di scadenza del rinnovo.

14 Diritto di Recesso

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

- Consegnata ad uno dei **Soggetti Abilitati**, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dal **Soggetto Abilitato** o dalla **Compagnia**, sia il **Contraente** che la **Compagnia** sono liberi da ogni obbligazione contrattuale.

Entro 30 giorni da tale momento la **Compagnia** pagherà un importo pari alla somma di tutti i Premi versati dal **Contraente**.

15 Disdetta del Contratto

La **Disdetta** potrà essere esercitata da una delle parti a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, entro 30 giorni prima della scadenza annuale delle coperture.

Resta stabilito che, per ogni singola Posizione, le coperture assicurate resteranno in vigore fino alla scadenza delle stesse, a condizione che sia stato regolarmente pagato il relativo **Premio**.

16 Costi

Sul **Contratto** gravano costi di gestione e acquisizione pari al 23% del **Premio** pagato annualmente dal **Contraente**.

17 Prestiti

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

18 Cessioni di credito, pegno o vincoli

Il **Contraente** non può cedere a terzi i diritti di credito derivanti dal **Contratto** o costituirli in pegno. Non è prevista altresì la possibilità di vincolare il **Contratto**.

19 Duplicati

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

20 Beneficiari

20.1 Nomina

I **Beneficiari** delle prestazioni assicurate sono i soggetti indicati dal **CCNL** di categoria applicato. In assenza di specifiche previsioni in tal senso, i **Beneficiari** sono:

- in caso di **Invalidità Totale e Permanente**, l'**Assicurato** medesimo;
- in caso di **Decesso**, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.

L'**Assicurato** ha, comunque, la possibilità di designare nominativamente i **Beneficiari** per la Prestazione assicurata in caso di **Decesso** in qualsiasi momento successivo alla **Data di Decorrenza** della suddetta prestazione assicurativa.

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

- in caso di persona fisica: nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, luogo di nascita, e il legame tra **Beneficiario e Assicurato**;
- in caso di persona giuridica: la denominazione, la sede legale, il numero d'iscrizione nel registro delle imprese ovvero nel registro delle persone giuridiche o, in alternativa, il numero di codice fiscale e il legame tra **Beneficiario e Assicurato**. La designazione dei **Beneficiari** e la divisione delle prestazioni, in caso di **Cliente** minore, devono essere effettuata sulla base di quanto risulta da provvedimento del Giudice Tutelare.

20.2 Revoca e modifica

L'**Assicurato**, per il tramite del **Contraente**, ha la possibilità di, in qualsiasi momento successivo alla **Data di Decorrenza** della suddetta prestazione assicurativa, **Revocare** o modificare tale designazione.

La comunicazione della nomina o **Revoca** o modifica del **Beneficiario**, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, avrà effetto dal momento in cui la **Compagnia** ne è venuta a conoscenza.

La modifica o **Revoca** del **Beneficiario** non può essere effettuata nel caso in cui l'**Assicurato** abbia rinunciato per iscritto al potere di **Revoca** e il **Beneficiario** abbia accettato per iscritto tale beneficio.

20.3 Modalità di nomina, modifica e Revoca

La nomina, la modifica e la **Revoca** possono essere fatte dall'**Assicurato**:

- nel testamento;
- tramite la figura del **Contraente** con dichiarazione scritta che può essere:
 - o Consegnata ad una dei **Soggetti Abilitati**, oppure
 - o 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 Milan
 - o Inviata tramite mail alla casella informazioni@ca-vita.it oppure via PEC all'indirizzo portafoglio.ca- vita@legalmail.

it; in entrambi i casi allegando documento d'identità in corso di validità.

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.

20.4 Divisione del Capitale Assicurato tra più Beneficiari

Se è stato nominato più di un **Beneficiario**, le Prestazioni Assicurate saranno divise tra i **Beneficiari** in parti uguali. L'**Assicurato** può prevedere una divisione in percentuali diverse con le stesse modalità con cui può effettuare la nomina, modifica o **Revoca** del **Beneficiario**.

21 Referente

Il **Contraente**, per esigenze di riservatezza, può nominare un Referente, diverso dai **Beneficiari**, a cui la **Compagnia** potrà far riferimento in Caso di Morte dell'**Assicurato** per contattare i **Beneficiari** designati.

22 Collegio Medico

22.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

- a) indennizzo del sinistro,
- b) stato e grado dell'invalidità,
- c) applicazione dei criteri di indennizzo

la **Compagnia** e il **Contraente** potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione delle suddette questioni ad un collegio di 3 medici.

22.2 Nomina e residenza del Collegio

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

22.3 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.

22.4 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.

23 Antiterrorismo e sanzioni internazionali

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

24 Informativa in corso di Contratto

In aggiunta agli obblighi di informativa periodica eventualmente previsti dalla normativa tempo per tempo applicabile, la **Compagnia** deve comunicare al **Contraente**:

- 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**.

25 Antiriciclaggio

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

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

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

26 Tasse e imposte

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

27 Foro competente

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

28 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

29 Richieste di pagamento

Per richiedere il pagamento alla **Compagnia**, per qualunque causa, il **Contraente** deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

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

Alla comunicazione devono essere sempre allegati, per tutte le garanzie:

- Copia di un documento di identità e del codice fiscale del richiedente (a seconda del caso l'**Assicurato** o i **Beneficiari**), se non già presentati o se quelli presentati sono scaduti;
- Se la richiesta è effettuata da un procuratore o da un rappresentante legale, oltre all'atto di nomina, è necessario allegare anche copia di un documento di identità e del codice fiscale di questo soggetto;
- Se uno dei **Beneficiari** è minore o incapace, originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizza alla riscossione della somma ed indica le modalità del reimpiego di tale somma.
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato** per il **Caso di 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;
- Per il caso di pagamento del **Capitale Assicurato** per il caso di **Invalidità Totale e Permanente** i documenti necessari per verificare il diritto a ricevere il pagamento e per identificare i soggetti aventi diritto, secondo quanto meglio specificato più avanti;
- Il questionario di adeguata verifica firmato e sottoscritto;
- La certificazione storica attestante le situazioni anagrafiche pregresse riguardo lo stato di famiglia dell'**Assicurato** relativo al momento della sottoscrizione del **Contratto**.

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

30 Pagamento del Capitale Assicurato per il Caso di Morte dell'Assicurato

I **Beneficiari** devono presentare la seguente documentazione per tutti i sinistri per **Decesso**:

- Richiesta di liquidazione del capitale controfirmata dal **Beneficiario**;
- Certificato di morte dell'**Assicurato** in carta semplice (con l'indicazione della data di nascita);
- Relazione del medico curante completa;
- In caso di **Decesso** dell'**Assicurato** a seguito di eventi accidentali e/o violenti, verbale dell'autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento a seguito di specifiche esigenze, la **Compagnia** si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione;
- Se l'**Assicurato** ha nominato come **Beneficiari** i suoi eredi:
 - o Se l'**Assicurato** ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il testamento presentato è l'unico o ultimo conosciuto e, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono insorte vertenze sull'eredità o mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre le persone chiamate dal testatore non ve ne sono altre alle quali la legge riservi una quota di eredità o altri diritti alla successione;
- o Se l'**Assicurato** non ha lasciato un testamento:
 - una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti:
 - quali sono gli eredi,
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come **Beneficiari**
- Se l'**Assicurato** ha nominato i **Beneficiari** senza fare riferimento alla loro qualità di erede (ad esempio indicando il nome del **Beneficiario**):
 - o 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**.
 - o Se l'**Assicurato** ha lasciato un testamento:
 - copia autentica o estratto autentico del testamento;
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - quali sono i **Beneficiari**,
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido,
 - che non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti,
 - che oltre ai **Beneficiari** menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e
 - che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei **Beneficiari**.
 - o Se l'**Assicurato** non ha lasciato un testamento:
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità:
 - che il **Beneficiario** ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di testamenti,
 - l'indicazione di tutte le persone nominate come **Beneficiari**.

La **Compagnia** può richiedere l'originale del **Contratto** se c'è un contrasto tra quanto richiesto dal **Beneficiario** e la documentazione in possesso della **Compagnia** o quando la **Compagnia** contesti l'autenticità del **Contratto** o di altra documentazione contrattuale che il **Beneficiario** intenda far valere. Quanto previsto dal presente comma non deroga tuttavia alle disposizioni di legge applicabili in caso di contenzioso.

31 Pagamento del Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente

In caso di prestazione per **Invalidità Totale e Permanente**, l'**Assicurato** deve presentare la seguente documentazione:

- Verbale INPS/ INAIL/ ASL con accertamento stato di invalidità
- Relazione medico curante sulle cause ed il decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità
- 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 a seguito di specifiche esigenze, la **Compagnia** si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione.

La **Compagnia**, ricevuta la documentazione di cui sopra, procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità dell'**Assicurato**, e lo stesso prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compresa la pronuncia dell'Ente Previdenziale, sia essa conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Società ed **Assicurato**.

32 Rischio catastrofale che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini il **Decesso** o l'invalidità di più **Assicurati** (c.d. evento catastrofale o CAT) la garanzia è limitata ad un importo massimo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato per l'intero gruppo con un massimo di 4.000.000 Euro. Tale importo viene suddiviso sulle posizioni individuali degli **Assicurati** colpiti dal sinistro, in proporzione ai rispettivi capitali assicurati. Si definisce evento CAT quello che colpisce contemporaneamente più di due teste.

Esempio di evento catastrofale

Supponiamo di avere un gruppo da 10 **Assicurati** le cui somme assicurate sono rispettivamente, per ciascun Assicurato, 300.000 Euro (4 **Assicurati**), 400.000 Euro (2 **Assicurati**), 700.000 Euro (2 **Assicurati**), 1.300.000 Euro (2 **Assicurati**).

La somma assicurata media corrisponde a 600.000 Euro e pertanto il limite CAT corrisponde a 3.600.000 Euro. Supponiamo che a seguito di un sinistro, vengano colpiti i 4 **Assicurati** aventi somme assicurate a partire da 700.000 Euro.

Il costo del sinistro è pari a 4.000.000 Euro (calcolato come segue: $2 * 700.000 + 2 * 1.300.000$), ma essendo un importo superiore al limite CAT, verrà risarcito un importo complessivo pari a 3.600.000 Euro (valore pari a 6 volte il capitale medio assicurato per l'intero gruppo).

Per ciascuna adesione la somma assicurata sarà calcolata moltiplicando l'ammontare originale della somma assicurata per il limite CAT (3.600.000 Euro) e dividendo il risultato per il costo totale del sinistro (4.000.000 Euro). Per ciascun **Assicurato** avente somma assicurata da 700.000 Euro l'importo da liquidare sarà pari a 630.000 Euro ($= 700.000 * 3,6M / 4M$) mentre per quelli da 1.300.000 l'importo da liquidare sarà pari a 1.170.000 Euro ($= 1.300.000 * 3.600.000 / 4.000.000$).

33 Termini per il pagamento

Una volta ricevuta tutta la documentazione indicata ai precedenti articoli 30 e 31, la **Compagnia** si impegna entro 30 giorni a dare riscontro al **Beneficiario** in merito al riconoscimento o meno della prestazione oppure a chiedere ulteriore consulto medico e/o integrazione della documentazione sanitaria che si rendesse necessaria in caso di particolari esigenze di approfondimento.

In caso di ulteriore consulto medico, entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di accertamento, la **Compagnia** deve comunicare al **Beneficiario** nominativo e recapiti del proprio medico fiduciario. Una volta ricevuto l'esito del medico fiduciario, entro 30 giorni la **Compagnia** si impegna a dare riscontro al **Beneficiario** in merito al riconoscimento o meno della prestazione.

Se sussiste l'obbligo di pagamento, la **Compagnia** paga al **Beneficiario** la somma dovuta entro il suddetto termine di 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione sopraindicata o della documentazione integrativa o dell'ulteriore accertamento richiesto dalla **Compagnia**.

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

Resta fermo che nelle coperture caso morte e/o invalidità permanente il pagamento di una prestazione estingue l'altra.

E - Glossario

A

Appendice Elenco

Il documento che viene emesso, unitamente o in seguito al **Contratto**, per modificarne alcuni aspetti e, in particolare, la popolazione assicurata.

Assicurato

È la persona fisica il cui Decesso o Invalidità Totale e Permanente determina l'obbligo da parte della Compagnia di erogare al Beneficiario il Capitale Assicurato.

B

Beneficiario

È il soggetto che ha diritto di ricevere il **Capitale Assicurato** secondo i termini previsti dal presente Contratto.

Per l'**Invalidità Totale e Permanente** coincide con l'**Assicurato**.

Nel presente **Contratto**, il **Beneficiario** non coincide mai con il **Contraente**.

C

Capitale Assicurato

Il **Capitale Assicurato** è rappresentato da:

- **Capitale Assicurato per il Caso di Morte** per la **Copertura Temporanea Caso Morte**;
- **Capitale Assicurato per il Caso di Invalidità Totale e Permanente** per la **Copertura Invalidità Totale e Permanente**.

I capitali assicurati delle due garanzie **Copertura Temporanea Caso Morte** e **Copertura Invalidità Totale e Permanente** coincidono.

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 **Contraente**, nel rispetto di quanto previsto dal **CCNL** di riferimento, al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di proposta**.

Capitale Assicurato per il caso di invalidità totale e permanente

Importo pagato dalla **Compagnia** al **Beneficiario** per la **Copertura Invalidità Totale e Permanente**. Il **Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente** viene indicato dal **Contraente**, nel rispetto di quanto previsto dal **CCNL** di riferimento, al momento della conclusione del **Contratto** e riportato nel **Modulo di proposta**.

Carenza

Periodo di tempo durante il quale la copertura assicurativa non è efficace. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la **Compagnia** non corrisponderà la prestazione assicurativa ma una somma pari all'ammontare dei premi versati. (⌚ Art. 2.4.2, Art 3.4.2).

CCNL

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

Cliente

È il soggetto che stipula il **Contratto**, assume gli obblighi relativi, paga il Prezzo. È il soggetto che la legge chiama **Contraente**.

Compagnia

Indica Crédit Agricole Vita S.p.A.

Contraente

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

Contratto

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

Convenzione

Accordo che il **Contraente** stipula con Crédit Agricole Vita S.p.A. per permettere a persone ad esso collegate, attraverso rapporti subordinati, di accedere alle prestazioni assicurative.

Copertura Invalidità Totale e Permanente

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di **Invalidità Totale e Permanente**.

Copertura Temporanea Caso Morte

La copertura assicurativa offerta dalla **Compagnia** per il caso di **Decesso** dell'**Assicurato**.

D

Data di Decorrenza

Dalle ore 00:00 del giorno in cui è stato pagato il **Premio**.

Data di inclusione in copertura

La data in cui viene attivata la copertura per il singolo **Assicurato**, corrispondente al giorno in cui viene attivato il **Premio** relativo alla posizione del singolo **Assicurato**, salvo quanto previsto per il caso in cui sia necessaria l'applicazione di un Sovrappremio

Data di Scadenza del Contratto

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

Decesso

Morte dell'**Assicurato** per qualsiasi causa, salvo quanto previsto dalle specifiche **Esclusioni e limitazioni** del **Contratto**.

Durata

In riferimento alle singole Posizioni individuali:
periodo di tempo intercorrente tra la **Data di Decorrenza** delle singole Posizioni individuali e quella della loro scadenza. La **Durata** è annuale, (o con la frazione di anno in caso di **Assicurati** che aderiscono alla Polizza Collettiva in corso d'anno) ed è rinnovabile, in vigenza del **Contratto**, fino alla risoluzione del rapporto di lavoro con il **Contraente**.

In riferimento al Contratto:

periodo di tempo intercorrente tra la **Data di Decorrenza** del **Contratto** e quello della sua scadenza. La **Durata** del **Contratto** è triennale, con periodo di copertura annuale.

E

Embargo

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

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla **Compagnia**, elencati in apposite clausole del **Contratto** di assicurazione.

F

Free Cover Limit (FCL)

La Somma assicurata massima entro la quale l'Assicurazione non prevede alcuna documentazione né accertamenti sanitari per l'assunzione del rischio in copertura da parte dell'**Assicurato**.

I

Infortunio

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

Invalidità Totale e Permanente

Invalidità Totale e Permanente: 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.

P

Premio

Importo che il **Contraente** versa alla **Compagnia** per ogni **Assicurato** quale corrispettivo della prestazione prevista dal **Contratto**.

Premio per la Copertura Temporanea Caso Morte

Il **Premio** dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Temporanea Caso Morte**.

Premio per la Copertura Invalidità Totale e Permanente

Il **Premio** dovuto dal **Contraente** alla **Compagnia** per la **Copertura Invalidità Totale e Permanente**.

R

Recesso

La possibilità del **Contraente** di recedere dal **Contratto** entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione e di ottenere il rimborso del **Premio** versato.

Revoca

Diritto del **Contraente** di revocare la **proposta** prima della **Data di Decorrenza** del **Contratto**.

S

Soggetto Abilitato

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

Sovrappremio

Maggiorazione di **Premio** richiesta dalla Società nel caso in cui l'**Assicurato** superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.

F - ALLEGATO 1

	Capitale assicurato					
	Fino a capitale previsto da CCNL ¹	Da capitale previsto da CCNL - (capitale previsto da CCNL + 100.000 €)	(Da capitale previsto da CCNL + 100.000,01€) - (capitale previsto da CCNL + 300.000 €)	(Da capitale previsto da CCNL + 300.000,01€) - (capitale previsto da CCNL + 500.000 €)	(Da capitale previsto da CCNL + 500.000,01€) - (capitale previsto da CCNL + 1.000.000 €)	(Da capitale previsto da CCNL + 1.000.000,01€) - 1.500.000€
Documentazione richiesta	Free Cover Limit (nessuna documentazione)	Dichiarazione Contraente "Fit at Work"	Documentazione caso A	Documentazione caso B	Documentazione caso C	Documentazione caso D

Documentazione prevista a seconda dei casi	
A	Questionario assuntivo (questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita)
B	Questionario assuntivo (questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita) RVM Lab Test 1*
C	Questionario assuntivo (questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita) Questionario finanziario RVM Lab Test 1* Lab Test 2* Rx in due proiezioni ECG a riposo e sotto sforzo Ecocardiografia Ecotomografia addome completa (inclusi organi uro-genitali)
D	Questionario assuntivo (questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita) Questionario finanziario RVM Lab Test 1* Lab Test 2* Lab Test 3* Rx in due proiezioni ECG a riposo e sotto sforzo Ecocardiografia Ecotomografia addome completa (inclusi organi uro-genitali)

¹ per settori diversi da Dirigenti di Aziende Produttrici di beni e servizi, che abbiano un obbligo di copertura da CCNL, la soglia è pari a 150.000 €

*LAB TEST 1: colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia, glicemia, HbsAg, esame completo delle urine effettuate in laboratorio

LAB TEST 2: Emocromo completo con formula e piastrine, creatininemia, AST/ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, tempo di protrombina Transaminasi GOT, GPT, HCV

LAB TEST 3: Azotemia, elettroforesi proteica, HCV, HbsAg, PT, PSA (solo per gli uomini con età superiore a 50 anni), acido urico, Test di funzionalità tiroidee (FT3, FT4, TSH), AFP, h+CEA e CA 19-9, HIV

Per “Fit at Work” si intende una dichiarazione del datore di lavoro nella quale vengano indicati i nominativi degli Assicurati per i quali vale almeno uno dei due seguenti punti:

riduzione dell’orario di lavoro (anche totale) dovuta a malattia e/o Infortunio per un periodo superiore a 30 giorni lavorativi non consecutivi nell’ultimo anno o 15 giorni lavorativi consecutivi sempre nell’ultimo anno;

presenza di una pensione di invalidità/inabilità o presentazione di specifica domanda per ottenerla.

Gli Assicurati che rientrano nelle casistiche 1 e 2 del “Fit at Work” saranno sottoposti al questionario sanitario, sportivo e sulle abitudini di vita. Solo in una fase successiva, qualora il quadro clinico non fosse chiaro, verrà richiesto il rapporto di visita medica.



Crédit Agricole Vita S.p.A.

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

E: informazioni@ca-vita.it

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