

## LES ASSURANCES

L'assurance, telle qu'elle est définie par la loi italienne, est un type de contrat spécifique dans lequel les protagonistes sont deux parties, l'assureur et l'assuré. En souscrivant une police d'assurance, l'assureur s'engage, dans des limites convenues, à rembourser à l'assuré un dommage qu'il a subi ou à lui verser une somme ou une rente lorsque certains événements et/ou circonstances définis dans la police se produisent. De son côté, l'assuré est tenu de payer une somme, appelée prime, sans laquelle l'assurance ne produit aucun effet, ainsi que de prendre des mesures diligentes pour éviter les sinistres et d'informer l'assureur de l'accident dans un délai de trois jours ou, en tout état de cause, dans le délai défini dans l'accord.)

On peut distinguer des types spécifiques de polices se rapportant à des thèmes, des événements et des circonstances différents. Vous trouverez ci-dessous les caractéristiques des assurances les plus courantes.

### 1. Assurance-vie

Une police d'assurance-vie est une forme d'assurance déclenchée par la survenance d'un événement relatif à la vie d'une personne. Ce type d'assurance peut être une forme de protection contre les risques de maladie ou de décès prématuré ou, à défaut, une opportunité d'investissement.

Dans l'assurance-vie, quatre parties sont impliquées : la compagnie d'assurance, le preneur d'assurance, l'assuré et le bénéficiaire.

- La compagnie d'assurance est la société qui reçoit le paiement de la prime de la part du preneur d'assurance, éventuellement par le biais d'un intermédiaire agréé par elle, contre l'engagement de verser la prestation assurée dans les conditions prévues par le contrat ;
  - Le preneur d'assurance est la partie qui conclut le contrat d'assurance, assume l'obligation de payer la prime vis-à-vis de la compagnie d'assurance et a le droit d'exercer tous les droits inhérents au contrat ;
  - L'assuré est la personne sur la vie de laquelle le contrat est conclu et sur laquelle les prestations assurées sont calculées ; en d'autres termes, c'est la personne dont la mort, la survie ou tout autre événement assuré entraîne l'obligation pour l'entreprise d'assurance de payer le capital ou la rente assurés ;
  - Le bénéficiaire est la personne désignée par le preneur d'assurance pour recevoir les sommes assurées en cas de survenance de l'événement assuré, c'est-à-dire la personne ayant droit à la prestation versée par la compagnie d'assurance. Selon le type de contrat, la figure peut être distinguée et articulée en fonction de l'événement assuré. Par exemple, il peut être prévu qu'en référence à la prestation assurée à l'échéance du contrat, en cas de survie de l'assuré, le bénéficiaire soit une personne X, tandis qu'en cas de décès prématuré, la prestation assurée soit versée aux héritiers légitimes de cette même personne X.
-

La prime se compose du coût de base de la couverture, des chargements (c'est-à-dire le coût de distribution et de gestion des polices) et des frais accessoires pour les charges administratives et fiscales. L'entreprise d'assurance peut demander une prime supplémentaire dans le cas où l'état de santé de l'assuré présente des risques plus élevés que ceux considérés comme « ordinaires » ou si l'utilisateur exerce lui-même des activités professionnelles ou sportives particulièrement risquées. La prime peut être : une prime annuelle unique, payée au début du contrat et valable pour toute la durée de la police ; ou une prime récurrente, d'un montant variable à la discrétion du preneur d'assurance dans les limites spécifiées dans le contrat. Il est possible de payer la prime par différents moyens, à moins qu'un mode de paiement spécifique ne soit prescrit dans les documents d'information émis par la Compagnie. Il est important de toujours examiner la documentation fournie avant de signer le contrat, qui comprend généralement une fiche de synthèse et une note d'information qui permettent à l'utilisateur d'avoir à la fois une vue d'ensemble du produit et d'en connaître les détails.

Au moins un mois avant l'expiration du contrat, l'entreprise doit envoyer aux bénéficiaires un avis leur rappelant l'approche de l'échéance. Pour obtenir le paiement, le bénéficiaire doit présenter une demande de paiement accompagnée des documents prévus dans le contrat. Les conditions de la police fixent généralement un délai de 30 jours à compter de la réception de tous les documents nécessaires pour régler le capital ou la rente assurés. Toutefois, même avant l'échéance, le client a la possibilité de mettre fin à la relation d'assurance de manière anticipée et de demander ce que l'on appelle le rachat de la police, c'est-à-dire d'obtenir un montant forfaitaire de la part de l'entreprise. Il est également possible de suspendre le paiement des primes annuelles en maintenant le contrat en vigueur jusqu'à l'échéance pour un capital proportionnellement réduit (réduction) et de reprendre le paiement des montants après la période de suspension (réactivation). Les options susmentionnées (rachat, réduction et réactivation) sont régies par les conditions générales du contrat.

Le contrat d'assurance-vie multi-branches. Il s'agit d'un produit qui combine des polices d'assurance-vie traditionnelles, avec une garantie financière de la compagnie, et des polices d'assurance-vie unit-linked, où le risque d'investissement incombe à l'assuré. Il est donc important d'évaluer en détail le niveau de risque que vous êtes prêt à courir et les coûts annuels moyens en pourcentage, en accordant une attention particulière à la terminologie utilisée dans le dossier d'information, aux questions posées pour le profilage du client et à la présence éventuelle de mécanismes de réaffectation du capital entre les deux types.

En fonction de l'objectif avec lequel le contrat est conclu, il est possible de distinguer différents types de produits.

---

### **1.1 L'épargne ou l'investissement**

Les assurances visant l'épargne et/ou l'investissement incluent des produits d'assurance vie revalorisables, des produits de rente viagère revalorisables et des produits financiers-assurantiels. Les différentes typologies peuvent également être regroupées en un produit unique appelé « multibranche ». Ces formes d'assurance permettent d'employer une somme ou un plan de versements dans une forme d'épargne (produits vitaux réévaluables et capitalisation réévaluable) ou dans une rente complémentaire (rentes viagères réévaluables) caractérisés par la garantie de rendement minimum et, en règle générale, par la consolidation des rendements obtenus, c'est-à-dire sans la possibilité que le capital réévalué ou le montant de la rente assurée puisse diminuer. Ils conviennent donc aux utilisateurs qui ne souhaitent pas prendre de risques financiers, qui préfèrent des rendements faibles mais garantis ou qui souhaitent s'assurer ou assurer à une autre personne (par exemple leur conjoint ou leurs enfants dans le cas d'une rente viagère réversible) un versement de rente qui sera effectué à vie. Ces produits peuvent donc convenir à des choix d'épargne intergénérationnelle. Selon le type préféré, l'assurance destinée à l'épargne peut garantir le paiement du capital réévalué au moment du décès de l'assuré, à l'expiration du contrat (avec la possibilité de choisir si le paiement doit avoir lieu lorsque l'assuré est encore en vie ou lorsqu'il est décédé) ou à une date prédéterminée ou encore le paiement d'une rente viagère réévaluable (avec effet immédiat ou à partir d'une date future convenue) contre le versement d'une prime par le client. L'assurance dédiée à l'investissement, en revanche, est liée à la performance des marchés financiers : le rendement du capital peut être lié à la performance de fonds d'investissement ou d'indices, et le client peut payer une prime unique ou annuelle, en convenant du montant en fonction de ses besoins, ainsi qu'en définissant, toujours en accord avec l'entreprise, la durée du contrat. Ces produits conviennent à ceux qui préfèrent investir leur épargne de manière dynamique, en identifiant les solutions d'investissement les mieux adaptées à leur propension au risque.

### **1.2 Protection**

Il s'agit de formes d'assurance destinées à se protéger contre l'apparition de certaines situations à risque : décès, invalidité permanente, perte d'autonomie et maladies graves. En contrepartie du versement d'une prime par le client, l'entreprise d'assurance garantit le paiement d'une prestation (généralement un capital, dans certains cas une rente), constante ou décroissante, à la survenance de l'événement assuré (sinistre) pendant la durée du contrat.

Généralement, la seule prestation est la couverture du risque assuré, sans pour autant prévoir des prestations telles que le remboursement du capital pendant la durée du contrat (le rachat) ou à l'échéance, lorsque le contrat prend fin.

---

La durée du contrat et la circonstance assurée peuvent être choisies par le client ou encore déterminées en fonction du montant de la dette que l'utilisateur lui-même a contractée avec un prêt ou un emprunt, couvert par l'assurance en question. Ces formes d'assurance couvrent généralement des risques tels que le décès de l'assuré, l'invalidité permanente, la perte d'autonomie et l'apparition de maladies graves.

### **1.3 Planes de pensiones complementarios**

Les régimes de retraite complémentaire prévoient que l'entreprise d'assurance, une fois les versements reçus du client, affecte ces mêmes montants à l'accumulation d'une certaine somme qui, une fois les exigences en matière de retraite remplies par le preneur, sera convertie, précisément en une retraite complémentaire. Elles sont donc adaptées à ceux qui jugent nécessaire, à l'avenir, de percevoir un complément de leur retraite future : étant incitées fiscalement par l'État, ces formes de retraite peuvent constituer un investissement efficace pour un grand nombre de citoyens.

Les régimes de retraite complémentaire peuvent prendre la forme de plans de retraite individuels (IPP) ou de fonds de pension ouverts. Les PIP, dédiés uniquement aux adhésions individuelles, peuvent recevoir la contribution du travailleur (pour les employés, il est possible d'affecter à cet effet l'indemnité de départ et de recevoir la contribution de l'employeur sur une base volontaire). Ils peuvent être investis dans des gestions d'assurance séparées à rendement minimum garanti ou dans des parts de fonds d'investissement de différents types, également en divisant le montant total des contributions entre différentes composantes en fonction de l'âge du titulaire et du nombre d'années manquantes pour atteindre la retraite. Les fonds de retraite ouverts, en revanche, sont dédiés à la fois aux adhésions individuelles et collectives, donc en plus de la contribution volontaire du travailleur et de l'indemnité de départ, celle de l'employeur tel que défini dans la convention collective. Pour ce type de fonds, il est possible de choisir des lignes d'investissement plus prudentes, qui offrent donc une garantie de rendement minimum, ou plus risquées, en fonction de l'âge de l'utilisateur ou de la durée de l'affiliation.

## **2. Assurance maladie**

L'assurance maladie présente des caractéristiques particulières par rapport aux autres produits d'assurance, principalement en raison du fait que, contrairement aux polices dans lesquelles l'objet de la couverture est un bien matériel, pour lesquelles il est possible de se référer à des valeurs connues du marché pour déterminer la somme assurée, le bien protégé ne peut pas être évalué selon des critères objectifs précis, car la somme à assurer devrait correspondre à celle nécessaire pour compenser la diminution du revenu résultant de la diminution de la capacité de travail. Cependant, étant donné que le futur revenu lié à l'exercice de la profession est incertain – car il peut être estimé à long terme, mais sur la base de prévisions qui peuvent facilement être ignorées et peut également être influencé par de

---

nombreuses variables externes – la détermination de la valeur, donc des sommes assurées, est laissée à la volonté des parties. En souscrivant une assurance maladie, on est couvert pour toutes les maladies, c'est-à-dire toutes les altérations de l'état de santé d'un individu, qui présentent les caractéristiques de possibilité et de non-volontarité. Généralement, les contrats prévoient également la couverture automatique des conséquences d'un accident, entendue comme « tout événement dû à une cause fortuite violente et externe, qui produit des lésions corporelles objectivement constatables ».

L'objectivité de la maladie (résultant d'examens, de diagnostics, de visites médicales, de consultations, etc.) et son état « évolutif » sont également pris en compte, c'est-à-dire le parcours de la simple apparition (altération en cours, mais pas encore évidente avec symptomatologie ou diagnostic effectué) à la manifestation (qui se manifeste par des symptômes ou un diagnostic), à la phase du traitement et enfin à celle de la convalescence et des éventuelles séquelles. Pour faire l'objet d'un contrat, il faut évidemment une altération future, en ce sens qu'il n'est certes pas possible d'assurer une maladie déjà en cours. La souscription d'une police d'assurance maladie nécessite une évaluation spécifique du risque par les deux parties, assureur et assuré, qui est effectuée au moyen d'un questionnaire de santé spécifique joint à la police et visant à décrire l'état de santé de l'utilisateur tel qu'il le connaît : les questions portent sur les éventuelles maladies antérieures, les situations pathologiques, les malformations, les accidents, l'invalidité, l'utilisation de médicaments, les résultats des tests de diagnostic et les facteurs héréditaires. En fonction des informations recueillies dans le questionnaire, l'entreprise d'assurance peut permettre l'assurabilité totale et complète (en l'absence de pathologies ou dans le cas de pathologies qui n'affectent pas la police, par exemple, la myopie) ou, au contraire, prévoir l'exclusion d'une pathologie de la police (dans le cas de pathologies avec récidives et conséquences, par exemple, kystes et polypes) ou prévoir une franchise ou une limitation d'indemnisation (dans le cas de pathologies avec des récurrences fréquentes, telles que les calculs rénaux) ou une augmentation de la prime (dans le cas de pathologies pouvant entraîner un risque accru, par exemple, diabète et hypertension) ou encore exclure complètement l'assurabilité du client, par exemple en cas de pathologies très graves (par exemple, cancers). Du côté de l'assuré, il est alors essentiel d'examiner en détail le délai prévu dans le contrat pour la prise d'effet de la police. D'une manière générale, la garantie devient opérationnelle selon le calendrier suivant :

- Pour les accidents : à partir du jour du paiement de la prime;
  - Pour les maladies survenant après la souscription : après 30 jours (60 jours en cas d'invalidité permanente) ;
  - Pour les maladies liées à des pathologies inconnues préexistantes au contrat ou connues et déclarées au moment de la conclusion : après 120/180 jours;
  - Pour l'accouchement : après 270/300 jours;
  - Pour l'avortement et les maladies liées à la grossesse : après 90/120 jours pour l'avortement.
-

L'analyse par l'assuré des circonstances expressément exclues de la police d'assurance maladie, y compris les pathologies préexistantes au contrat et volontairement dissimulées à l'assureur, les soins nécessaires à la suite d'un comportement dolosif de la part du client, les soins pour corriger ou éliminer les défauts physiques ou les malformations congénitales, les traitements et/ou conséquences de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de l'usage de stupéfiants et d'hallucinogènes, des soins dentaires et esthétiques, des blessures liées à l'exercice de certaines activités sportives, des procédures et/ou interventions de procréation assistée et, en général, de tout événement lié à un comportement dolosif de la part de l'assuré, doit également être scrupuleuse.

Même au sein de la macro-catégorie de l'assurance maladie, il est possible de distinguer certains sous-ensembles.

### ***2.1 Assurance pour le remboursement des frais médicaux***

Bien que chaque police puisse présenter des particularités spécifiques, on constate généralement qu'en ce qui concerne les frais hospitaliers et les interventions chirurgicales, le remboursement comprend les frais d'hospitalisation, les frais d'hospitalisation et d'équipe opératoire, les frais de transport de l'assuré vers le lieu de traitement, les frais antérieurs et postérieurs à l'hospitalisation et/ou l'intervention chirurgicale et d'autres extensions.

En revanche, en ce qui concerne le remboursement des visites spécialisées et des examens de diagnostic, certaines polices couvrent des examens spécialisés – généralement les plus exigeants d'un point de vue clinique et coûteux d'un point de vue économique – ainsi que des visites et des examens de nature préventive, toujours dans le respect de certaines conditions (par exemple, pas plus d'un examen par an).

### ***2.2 Assurance indemnitaire***

Elle vise à compenser la perte de revenus résultant de l'absence de travail de l'assuré à la suite d'une maladie et/ou d'un accident, ou encore à fournir une aide forfaitaire pour faire face à l'augmentation des coûts des soins médicaux et des traitements. Il s'agit d'une police particulièrement pertinente pour les travailleurs indépendants ou les autres travailleurs non salariés, bien qu'il ne soit pas exclu que même les salariés, malgré la couverture de l'INPS et de l'INAIL, puissent dans certaines circonstances avoir besoin d'une couverture d'assurance privée. La forme d'indemnité la plus répandue est l'indemnité d'hospitalisation, versée par l'assurance pour chaque jour d'hospitalisation dans une mesure choisie par l'utilisateur. Il est possible que le contrat prévoie une franchise en termes de jours d'hospitalisation - dans ce cas, l'indemnité à l'assuré correspondra au nombre de jours d'hospitalisation moins la franchise (généralement le jour de l'hospitalisation et le jour de la sortie sont exclus) - et l'application de majorations en cas d'hospitalisation à l'étranger ou en cas d'opérations particulièrement graves ou complexes.

---

### **2.3 Assurance maladies graves**

La protection offerte par l'assurance concerne les dommages économiques résultant de l'apparition de maladies graves spécifiquement prévues dans le contrat, à la suite desquelles une somme prédéfinie est payée. Ces polices incluent presque toujours les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et l'infarctus du myocarde, auxquels s'ajoutent souvent le pontage coronarien, l'insuffisance rénale et la transplantation d'organes. L'assurance maladies graves peut également être combinée avec une couverture temporaire en cas de décès. Les polices d'assurance contre les maladies graves comportent toujours une limite d'âge, à la fois minimale (18 ans) et maximale (pouvant aller de 55 à 64 ans), et excluent généralement le versement de prestations pour les sinistres résultant d'événements post-traumatiques, pour les maladies survenues avant la signature du contrat et pour le décès de l'assuré dans un délai de 30 jours à compter du premier diagnostic de la maladie grave. L'entreprise d'assurance peut se réserver le droit de ne pas procéder au paiement de la somme assurée dans le cas où les documents à l'appui de la demande ont été produits par un médecin exerçant dans un pays ne figurant pas sur une liste spécifique prévue dans le contrat.

### **2.4 Assurance contre la perte d'autonomie (soins de longue durée)**

Les contrats de perte d'autonomie, appelés Long Term Care (LTC), couvrent la perte d'autonomie dans l'accomplissement des fonctions élémentaires et des activités de la vie quotidienne - pas nécessairement due à une maladie ou à un accident, mais aussi à la sénescence - en garantissant des prestations en termes de services en nature ou de montants monétaires forfaitaires. La plupart des assurances considèrent qu'il y a perte d'autonomie lorsque l'assuré n'est pas en mesure d'accomplir de manière indépendante certaines activités de base de la vie quotidienne, telles que s'habiller et se déshabiller, se déplacer, maintenir une bonne hygiène personnelle et se nourrir. La perte d'autonomie est également reconnue lorsque l'assuré est atteint d'un trouble nerveux ou mental d'origine organique, tel que la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences incapacitantes entraînant une perte de capacité mentale. La police d'assurance dépendance prévoit le versement d'une rente viagère en cas de non-autonomie prolongée. Là encore, il existe des limites d'âge spécifiques, normalement 18 ans pour l'âge minimum et 70 ans pour l'âge maximum. Outre le fait qu'elles ne couvrent pas les affections préexistantes ou pré-diagnostiquées de l'assuré, les polices d'assurance dépendance contiennent généralement des exclusions similaires à celles prévues pour la couverture temporaire du décès.

### **3. Assurance Responsabilité Civile Automobile (RC Automobile)**

L'assurance RC automobile est obligatoire pour tous les véhicules et couvre l'éventualité qu'une personne cause des dommages corporels ou matériels lors d'un accident de la route, c'est-à-dire lorsqu'elle conduit un véhicule. Les véhicules garés sur la voie publique ou sur des espaces équivalents à la voie publique sont également considérés comme circulant ; par conséquent, même si la voiture est garée

---

dans la rue sans être utilisée, elle est toujours soumise à l'assurance. L'obligation a été introduite en supposant que le conducteur a une responsabilité totale ou partielle dans le dommage et qu'il existe un lien de cause à effet entre l'acte illicite (donc l'action constituant une violation du Code de la route) et le dommage injuste causé.' En cas de collision entre véhicules, il est en outre présumé que tous les conducteurs des véhicules impliqués ont contribué de manière égale à la réalisation du dommage, du moins jusqu'à preuve du contraire ; par conséquent, jusqu'à preuve du contraire, chaque conducteur est tenu de réparer, en partie, le dommage subi par l'autre. La couverture RC automobile comprend les dommages (corporels et matériels) causés aux tiers non transportés indirectement impliqués (à l'exclusion du propriétaire, du conducteur, du locataire en leasing, de l'usufruitier, de l'acheteur avec clause de réserve de propriété, des associés à responsabilité limitée si l'assuré est une société et les membres de la famille de l'assuré), les dommages (corporels) causés aux passagers à bord du véhicule assuré, les dommages (matériels) causés aux passagers à bord du véhicule assuré non responsable. Le dédommagement des dommages peut être partiellement réduit pour le passager en cas de non-utilisation des ceintures de sécurité ou du casque, ou encore en cas de faute partagée de la personne lésée. En cas de conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, de transport non conforme aux dispositions du certificat d'immatriculation du véhicule, ou de défaut de permis de conduire, la compagnie d'assurance indemniserait intégralement le tiers lésé, mais se retournerait ensuite contre l'assuré.

#### **4. Assurance habitation et famille**

L'assurance habitation et familiale est une forme de protection à la fois pour les dommages causés à l'habitation et pour l'intégrité économique de l'ensemble du ménage. Les polices peuvent être adaptées aux besoins spécifiques de l'assuré. Il est donc possible de choisir la couverture globale avec toutes les options de la police multirisques, la couverture partielle avec uniquement les options jugées nécessaires ou la couverture limitée aux seules garanties de base.

Le contrat, d'une durée d'un an, est reconduit automatiquement, sauf dénonciation préalable par lettre recommandée, conformément aux conditions contractuelles (généralement 30 ou 60 jours avant l'échéance). Les parties conviennent du montant et des modalités de paiement ainsi que du type de risque à assurer : pour définir ces éléments, il est important que le client fournisse des informations exhaustives et complètes sur le risque en question, afin de pouvoir en évaluer la gravité et l'étendue.

Le montant de la prime est fixé par la compagnie d'assurance en fonction de différents facteurs, dont l'importance de l'assuré, les limites de remboursement (le montant maximum de la dépense que la compagnie d'assurance s'engage à indemniser), les limites d'indemnisation (franchises et parts, c'est-à-dire la part du dommage qui reste à la charge de l'assuré), la province de localisation (notamment pour le vol et les événements catastrophiques), la valeur de remplacement de l'habitation et le type de bien (maison ou appartement), et bien sûr les risques couverts.

---



Pour déterminer la prime, il est essentiel d'établir d'abord ce qu'est la somme assurée, c'est-à-dire le montant pour lequel la police couvre un ou plusieurs biens contre une certaine catégorie de risques. La première étape de la définition de la somme assurée consiste à choisir la forme d'assurance qui, dans le contexte des polices multirisques habitation, se divise en trois grands types :

**A** - L'assurance en valeur totale couvre tous les objets assurés, c'est-à-dire que la somme assurée doit correspondre à leur valeur réelle totale. Cela signifie que si la valeur des biens assurés augmente au fil du temps par rapport à la valeur présumée au moment de la conclusion, le client est tenu de modifier les sommes assurées ; il est également conseillé de procéder à une telle mise à jour si la valeur des biens assurés diminue au contraire, afin d'éviter une augmentation inutile de la prime.

**B** - L'assurance en premier risque absolu prévoit une garantie de couverture du dommage jusqu'à concurrence du montant maximum convenu, indépendamment de la valeur réelle totale des biens assurés.

**C** - L'assurance en premier risque relatif concerne uniquement le vol des biens présents à l'intérieur de l'habitation. Étant donné que les dommages sont probablement inférieurs à la valeur totale des biens garantis, la somme assurée peut correspondre au dommage maximum que le client estime pouvoir subir.

En cas de sinistre, le client doit d'abord prouver que l'événement en question entre dans le cadre des éventualités prévues par la police et, plus généralement, respecter les obligations prévues par le Code civil italien, notamment déclarer l'événement aux autorités judiciaires et fournir une liste détaillée des biens volés ou endommagés ; une fois les vérifications effectuées quant à la couverture effective, l'entreprise d'assurance verse l'indemnité sur la base précise de ce qui est indiqué dans la police. Pour les dommages au contenu de la maison, les polices en valeur d'usage prévoient une indemnisation égale à la valeur du bien au moment du sinistre, en tenant compte de la perte de valeur due à l'usage, tandis que les polices en valeur à neuf prévoient une indemnisation égale à la valeur de rachat du bien assuré sans dépréciation, déduction faite de la valeur résiduelle des biens assurés seulement endommagés. L'indemnisation des dommages au bâtiment est estimée sur la base de la valeur de reconstruction des parties détruites de manière similaire à leur état initial, déduction faite de la valeur résiduelle des parties seulement endommagées.

Garanties optionnelles. Il s'agit des cas d'incendie, de catastrophes naturelles (comme les tremblements de terre et les inondations), de vol et de responsabilité (pour les dommages non intentionnels causés à des tiers en rapport avec la propriété du bien assuré et/ou en rapport avec la vie privée). Et encore, la protection juridique (couvrant certaines dépenses légales), l'assistance (fournissant à l'assuré un service à domicile toujours disponible pour l'habitation et pour son ménage) et les accidents (avec

---

une indemnisation relative aux conséquences des accidents survenus lors d'activités physiques, dans le cadre de la gestion de l'habitation, pendant les loisirs ou lors des déplacements de l'assuré en tant que piéton, passager ou conducteur).

Les deux parties ont le droit de résilier le contrat, en exerçant cette faculté au plus tard le sixantième jour à compter du jour où le paiement de l'indemnité ou du sinistre a été défini d'une autre manière. Dans le cas où le retrait serait exercé par la compagnie, celle-ci est tenue de notifier la décision avec un préavis de 30 jours et de payer le remboursement de la prime nette non utilisée, hors taxes, sur les sommes assurées restant en vigueur.