

Condizioni Contrattuali
Polizza Collettiva di Assicurazione

n°10025026

Convenzione Morte e
Invalidità Permanente da Infortunio
LIFE PLAN

CreditRas Vita S.p.A.

Polizza Collettiva n°10025026 – VersMar2013 - Pagina 1 di 8



CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Sede legale
Corso Italia, 23 - 20122 Milano
Telefono +39 02 7216.1
Fax +39 02 7216.4032
www.creditrasassicurazioni.it

CF, P. IVA e Registro imprese
di Milano n. 08965220158
Capitale sociale sottoscritto e versato
euro 12.000.000
Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00088

Società appartenente al gruppo
assicurativo Allianz, iscritto
all'Albo gruppi assicurativi n. 018
Soggetta alla direzione
e coordinamento di Allianz S.p.A.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e cioè i clienti del Contraente che rivestono la qualifica di assicurato in LIFE PLAN;

Assicurazione

il contratto di assicurazione;

Contraente

il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati e cioè CreditRas Vita S.p.A.;

Fondo Interno Assicurativo

il fondo d'investimento costituito dal Contraente e gestito separatamente dalle altre attività dello stesso. In tale fondo vengono fatte confluire e convertite in quote (unit) del fondo stesso, le somme, al netto dei costi, versate dal Contraente per LIFE PLAN;

Impresa

CreditRas Assicurazioni S.p.A.;

Indennizzo o Indennità

la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Infortunio

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;

Invalidità Permanente

la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale

l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%;

LIFE PLAN

Il contratto Unit Linked, distribuito dal Contraente e alla quale è abbinata la presente Assicurazione.

N.A.V. (Net Asset Value)

il controvalore in Euro del capitale espresso in quote del Fondo Interno Assicurativo collegato a LIFE PLAN;

Polizza Collettiva

il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Assicurati;

Premio

la somma dovuta dal Contraente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Rischio

la probabilità che si verifichi il Sinistro;

Sinistro

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è operante per il caso di morte o di Invalidità Permanente derivante all'Assicurato da Infortunio subito dall'Assicurato stesso:

- a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobbies anche se a carattere continuativo;
- c) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace.

Art.2 – Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

- a) rivesta la qualifica di Assicurato in LIFE PLAN;
- b) abbia età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti alla data di decorrenza di LIFE PLAN;
- c) sia residente in Italia.

Sono comunque escluse dalla presente Polizza Collettiva le persone non in possesso dei sopraindicati requisiti oppure le persone:

- 1) affette da Invalidità Permanente Totale. Per le persone per cui si verifichi tale circostanza in corso di contratto, non a causa di un Infortunio indennizzabile in base alla presente Polizza Collettiva, l'Assicurazione verrà a cessare dal momento in cui la circostanza stessa si verifica;
- 2) indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Per quanto attiene le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti, l'Assicurazione è operante anche per tali persone e resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'art.7 – "Criteri di indennizzabilità".

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di tali difetti fisici o mutilazioni da cui l'Assicurato sia affetto al momento della stipulazione della presente Polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

Qualora risulti che per errore il Contraente abbia corrisposto all'Impresa uno o più Premi mensili relativamente ad una persona non in possesso dei requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione al Contraente del corrispondente importo totale.

Art.3 - Decorrenza e durata dell'Assicurazione per ciascun Assicurato

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del secondo giorno lavorativo successivo alla sottoscrizione di LIFE PLAN relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di assicurato ed ha durata pari a sette anni, anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) scioglimento di LIFE PLAN (in caso di recesso, decesso dell'Assicurato, riscatto totale);
- b) liquidazione dell'Indennizzo in caso di Sinistro di morte o di Invalidità Permanente Totale;
- c) compimento da parte dell'Assicurato stesso del 78esimo anno di età.

Art.4 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

- a) eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti o conseguenze;
- b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- c) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- h) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- i) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- j) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- m) qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

Sono altresì escluse dall'Assicurazione le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Art.5 – Somma assicurata

La somma assicurata per morte ed Invalidità Permanente per ciascun Assicurato è pari al N.A.V. di competenza di LIFE PLAN con il limite comunque di € 500.000,00.

In caso di Sinistro il N.A.V. sarà determinato in base al valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo rilevato il secondo giorno lavorativo successivo alla data del Sinistro stesso.

Art.6 – Massimo Indennizzo

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato una somma maggiore di:

- a) € 500.000,00 per la prestazione prevista in caso di morte;
- b) € 500.000,00 per la prestazione prevista in caso di Invalidità Permanente Totale;
- c) € 500.000,00 complessivamente in caso di più polizze LIFE PLAN esistenti in capo al medesimo Assicurato.

Art.7 – Criteri di indennizzabilità

I. Morte

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifici – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Indennizzo viene corrisposto ai beneficiari designati (che devono coincidere con i beneficiari designati in LIFE PLAN) ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'Indennità per il caso morte non è cumulabile con quella per Invalidità Permanente.

Qualora a seguito di Infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la liquidazione dell'Indennità non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt.60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se successivamente al pagamento dell'Indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Impresa avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

II. Invalidità Permanente

L'Indennità per l'Invalidità Permanente è dovuta se l'Invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennità per Invalidità Permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale in proporzione al grado di Invalidità, che va accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella percentuali Invalidità Permanente" e viene corrisposta in conformità a quanto disciplinato nel presente articolo.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella percentuali Invalidità Permanente" contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art.8 – Franchigia

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia assoluta pari al 10%.

Pertanto non si farà luogo ad alcun Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece risulterà superiore al 10% della totale, l'Indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora il grado di Invalidità Permanente, valutato in base alle disposizioni contrattuali, risulti pari o superiore al 60%, l'Indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata, senza deduzione della suindicata franchigia.

Art.9 – Valutazione del danno – Ricorso all'arbitrato

Il grado di Invalidità Permanente è concordato direttamente dall'Impresa, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo, ciascuna delle parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art.10 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico italiano.

Art.11 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 60 giorni dalla data di accadimento del Sinistro stesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

La denuncia di Sinistro deve essere fatta utilizzando l'apposito modulo disponibile presso lo sportello bancario, ove è stata collocata la LIFE PLAN relativamente alla quale l'Assicurato riveste la qualifica di assicurato.

Alla denuncia di Sinistro deve essere allegata la copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita e la seguente documentazione:

- a) in caso di decesso, certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice, certificato medico attestante la causa patologica del decesso dell'Assicurato ed eventuali fatti pregressi morbosi ad essa connessi;
- b) in caso di Invalidità Permanente, anche Totale, , certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale.

La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato con invio all'Impresa di ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire all'Impresa di svolgere, anche tramite persone di fiducia dell'Impresa stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegnano ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Il Contraente deve fornire all'Impresa tutte le informazioni e i documenti necessari per l'accertamento del danno.

Art.12 - Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro trenta giorni da quest'ultima. L'Indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro.

Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.14 – Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte del Contraente o dell'Assicurato, con riferimento alla presente Polizza Collettiva, dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art.15 – Prova

È a carico di chi domanda l'Indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini della Polizza Collettiva.

Art.16 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre coperture assicurative contratte per suo conto dall'Assicurato.

Art.17 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.18 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art.19 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art.20 - Informazioni relative all'Impresa

L'impresa assicuratrice è CreditRas Assicurazioni S.p.A., avente Sede legale in Corso Italia, 23 – 20122 Milano (Italia). Iscritta all'Albo imprese di assicurazione n°1.00088. Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n°018. Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.

Art.21 - Legislazione applicabile

La legislazione applicabile alla presente Polizza Collettiva è quella italiana.

Art.22 - Prescrizione dei diritti

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dalla presente Polizza Collettiva si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art.23 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a:

CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800116633 - Fax 02 72162588– Indirizzo e.mail:
info_creditras@allianz.it.

Qualora il contraente/assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42.133.745 – 06.42.133.353, Tel. 06.42.133.000, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria e di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente/assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo e ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il contraente/assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il contraente/assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'Ivass che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al contraente/assicurato stesso.

TABELLA PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE

Descrizione	Percentuale	
	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di		
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Amputazione di un arto inferiore		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Amputazione di un piede	40%	
Amputazione di ambedue i piedi	100%	
Amputazione di un alluce	5%	
Amputazione di un altro dito del piede	1%	
Amputazione della falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12° dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.