

Da restituire via posta o via email a:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Via Imperia, 35
20142 Milano (MI)
PEC: portafoglio.ca-vita@legalmail.it
E-Mail: informazioni@ca-vita.it

**MODULO di ACCOMPAGNATORIA PER
LA RICHIESTA DI AVVALERSI DELLA MAGGIORE DETRAZIONE RICONOSCIUTA DALLA LEGGE
"DOPO DI NOI"**

Avvertenze: La compilazione del presente modulo NON sostituisce la documentazione richiesta attestante lo stato di grave disabilità.

Il sottoscritto Contraente:

Nome e Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Residente in: _____
Telefono: _____

Della(e) Polizza(e) n°: _____

DICHIARA

di aver stipulato la copertura di assicurazione per le finalità di particolare tutela prevista dalla legge "Dopo di Noi" in relazione alla grave disabilità riconosciuta per il(i) beneficiario(i), di seguito indicato(i):

Dati del(i) Beneficiario(i):
Nome e Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Residente in: _____

A tal fine allega:

- **Copia della certificazione attestante lo stato di grave disabilità del(i) beneficiario(i) di cui alla Legge n.104/1992**

_____, ____/____/____
Luogo Data

In Fede
