

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](mailto:portafoglio.ca-vita@legalmail.it)  
E-Mail: [informazioni@ca-vita.it](mailto: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 104/1992.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Luogo Data

In Fede

\_\_\_\_\_