

**TARIFFA N. 173 - Assicurazione temporanea in caso di morte e di insorgenza di malattia grave a capitale costante e premi annui ricorrenti variabili.**
**MODULO DI POLIZZA**

Contratto n.	CAB:
Contraente-Assicurato:	
C.F.:	Nato il:      Et�:      Sesso:
Residente:	CAP:      Prov.:
Decorrenza:	
	Scadenza:
	(Scadenza garanzia per gravi malattie al 65° anno di et�)
Capitale assicurato Caso Morte: EUR	
Capitale assicurato Grave Malattia: EUR	
Professione:	Premio base primo anno: EUR
	Sovrapremio: EUR
	Sovrapremio: EUR
	Sovrapremio sanitario primo anno: EUR
	Premio totale primo anno: EUR
Rata lorda: EUR	
Beneficiario caso morte:	
Beneficiario grave malattia: il Contraente – assicurato stesso	
Il presente contratto � stato emesso a seguito delle valutazioni delle informazioni fornite dall'assicurato sul proprio stato di salute	

Il Contraente-Assicurato pu  revocare la proposta o recedere dal contratto secondo le modalit  indicate nel Set informativo.

**QUESTIONARIO INFORMATIVO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO**

1. In base alla propria altezza, il proprio peso   oltre i limiti minimi e massimi indicati nella seguente tabella:

Altezza (cm.)	150- 155	156- 160	161- 165	166- 170	171- 175	176- 180	181- 185	186- 190	191- 195	196- 200	201- 205	206- 210	211- 215
Peso (Kg.)	45-70	49-75	52-80	55-85	59-90	62-96	65-101	69-107	72- 113	76- 119	79- 125	83-131	87-138

-   stato ricoverato in ospedale o in casa di cura negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, correzione delle lesioni del menisco, frattura degli arti, parto, chirurgia estetica);
- Si   mai sottoposto a cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare (es. ipertensione arteriosa, ipotensione arteriosa, cardiopatia, infarto, arteriosclerosi, disturbi circolatori, ictus) e/o malattia del fegato (es. epatopatia acuta o cronica, steatosi epatica, cirrosi) e/o malattia dell'apparato respiratorio (es. enfisema polmonare, BPCO, asma, polmonite), malattia tumorale in genere, malattie del sangue (es. anemia, talassemia) dell'apparato uro-genitale (es. insufficienza renale, malattie della prostata), del sistema osteoarticolare (es. artrite, osteoporosi, ernia discale), dell'apparato digerente (es. esofagite, gastrite, morbo di crohn, colite ulcerosa) del sistema endocrino-metabolico (es. diabete, malattie della tiroide, del pancreas) e/o del sistema nervoso o della psiche (es. sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, ansia, depressione, demenza), paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate, lesioni degli organi vitali post traumatiche;
- Si   sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici che abbiano dato esiti al di fuori della norma
-   in attesa di ricovero, di intervento, o di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti sanitari diagnostici;
- Fa uso regolare e continuativo di medicinali o ne ha assunti in tal modo negli ultimi dodici mesi;
- Gode di pensione per malattia o invalidit  o ne ha fatto richiesta;
- Ha fatto o fa uso regolare e continuativo di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici.

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO**

Il Contraente-Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato o che lo faranno in futuro, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere; acconsente in particolare che tali informazioni e atti sanitari siano comunicati e sottoposti da CA Vita all'esame di persone o Enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

**Il Contraente-Assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., che le dichiarazioni rilasciate nel presente documento e in ogni altro eventuale documento rilasciato alla Compagnia in relazione al presente contratto sono conformi a verità non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio e di essere consapevole:**

- **che tali dichiarazioni son elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;**
- **che, qualora nel corso della durata contrattuale le dichiarazioni rilasciate risultino inesatte oppure vengano riscontrate reticenze, la polizza potrebbe essere annullata o il capitale assicurato potrebbe essere ridotto in caso di sinistro.**
- **Il presente contratto è regolato dalle condizioni contrattuali, che formano parte integrante del contratto medesimo. Esse sono contenute nel set informativo che il Contraente-Assicurato dichiara di aver ricevuto.**

Il presente contratto viene stipulato in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente-Assicurato sulla presente scheda copertura e sugli altri documenti che costituiscono parte integrante del contratto stesso, ivi compresa la tabella di seguito riportata contenente il piano dei premi previsti in funzione dell'età del Contraente-Assicurato. Non sono consentite e si dichiarano nulle eventuali correzioni e/o aggiunte effettuate sulla presente scheda copertura successivamente alla stampa della medesima.

Il Contraente-Assicurato dichiara:

- di essere residente in Italia
- di aver ricevuto letto e compreso il Set Informativo

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DELL'EVENTUALE QUESTIONARIO SANITARIO**

In relazione alla compilazione del questionario sanitario, il Contraente-Assicurato deve tenere in considerazione che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alle lettere a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

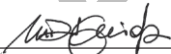
IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente-Assicurato dichiara di aver preso visione del Set Informativo, che accetta in ogni parte; in particolare, ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, approva specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali: Art.2- Copertura Temporanea in caso di morte; Art.3 – Copertura Temporanea Malattia Grave; Art.4 - Prezzo; Art.5 – Durata delle coperture; Art.6 - Dichiarazioni del Cliente-Assicurato; Art.7 – Conclusione ed Efficacia del Contratto; Art.8 – Risoluzione del Contratto; Art.9 - Diritto di Recesso; Art.10 – Sospensione dei pagamenti; Art. 11 – Ripresa dei pagamenti

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Marco Di Guida



Il contratto è stato emesso e perfezionato il \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ con le firme del Contraente e dell'Assicurato.

Il pagamento del premio unico di EUR \_\_\_\_\_ è stato effettuato il \_\_\_\_\_ tramite bonifico bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.

TIMBRO DELLA FILIALE E FIRMA DELL'INCARICATO

Tipo di frazionamento richiesto dal contraente:  
 Capitale assicurato:

**ELENCO SVILUPPO PREMI PER ANNUALITÀ**

(si espongono i Premi dovuti in base alla periodicità scelta per l'intera annualità di riferimento)

Anno	Ricorrenza annuale	Rata lorda periodica
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		