

Prodotto assicurativo le cui prestazioni sono collegate all'andamento del valore delle quote dei Fondi Interni (Unit Linked) ed al rendimento di due fondi di Gestione separata denominate "Crédit Agricole Vita Più" e "Crédit Agricole Vita Equilibrio" rispettivamente per il 40% e il 60% (Ramo I).

Contraente: **ABI** **CAB** **COD.**
Cod. fisc./P.IVA _____ Nato il: _____ Sesso: _____
Residente a: _____ CAP: _____ Prov.: _____
Indirizzo: _____

Assicurato:
Codice fiscale _____ Nato il: _____ Età: _____ Sesso: _____
Decorrenza: _____ Durata: **Vita intera**

Versamento Ricorrente _____ EUR

Versamento Estemporaneo: _____ EUR

Componente Gestione Separata _____ EUR di cui 60 % "Crédit Agricole Vita Equilibrio" e 40 % "Crédit Agricole Vita Più"

Componente Unit Linked: _____ EUR

Costi di Caricamento sul Versamento Ricorrente: _____ %

Costi di Caricamento sul Versamento Estemporaneo: _____ %

Il Versamento viene ripartito all'interno della Gestione Separata, secondo quanto previsto dalle Condizioni Contrattuali, come segue:

Capitale Assicurato componente Gestione Separata: EUR

Il Versamento viene ripartito all'interno della componente Unit Linked, secondo quanto previsto dalle Condizioni Contrattuali, come segue:

Fondo (XXXX) al 25%; Fondo (XXXX) al 25%; Fondo (XXXX) al 25%;
Fondo (XXXX) al 25%;

Capitale assicurato in Unit: EUR

Il Capitale Assicurato della componente Unit-Linked viene espresso in quote di fondi interni rese note al Contraente con apposita comunicazione della Compagnia.

Frazionamento del Versamento: _____ Durata del piano: _____
Numero di rate: _____

GARANZIA FACOLTATIVA: COPERTURA DI NON AUTOSUFFICIENZA

Garanzia facoltativa: copertura di Non Autosufficienza (LTC): ☐ Si ☐ No

Capitale Assicurato in caso di Non Autosufficienza (LTC): 30.000,00 EUR

Costo annuale copertura facoltativa di Non Autosufficienza (LTC): EUR

SERVIZI INCLUSI NELL'OFFERTA

Il prodotto prevede un set di servizi di assistenza sempre inclusi, senza costi aggiuntivi, ed erogati da una Società di Servizi con la quale la Compagnia ha stipulato una polizza collettiva; le condizioni di utilizzo sono dettagliate all'interno delle Condizioni di Assicurazione del prodotto (Articolo 10 – Pacchetto Servizi di Assistenza).

Designazione Generica

Questa sezione è dedicata alle designazioni effettuate in forma generica, ovvero, senza un'individuazione specifica e dettagliata delle figure alle quali conferire il capitale assicurato.

Può avvalersi dell'opzione precompilata o inserire la designazione nello spazio apposito, selezionando l'opzione di preferenza:

☐

☐

Gli eredi testamentari dell'Assicurato, in mancanza gli eredi legittimi in parti uguali

Designazione Referente

Questa sezione è dedicata alla designazione della figura del Referente. Se in qualità di Contraente desidera mantenere riservata la designazione dei Beneficiari oppure intende avvalersi del supporto di qualcuno di sua fiducia nella gestione dell'erogazione della prestazione, è possibile indicare il nominativo di un Referente terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia può far riferimento in caso di decesso.

Cognome Nome	Denominazione Azienda	CF /P.IVA	Indirizzo	Telefono	Email

Nel caso di indicazione di un Referente Crédit Agricole Vita S.p.A. si rivolgerà a tale figura solo nel caso in cui la designazione sia generica oppure nel caso in cui non sia stato designato alcun beneficiario specifico.

Designazione Specifica

SINTESI BENEFICIARI						
	Cognome e Nome	Denominazione Azienda	Codice Fiscale/P. IVA	Legame Contraente	Beneficio (%)	Contatto*
Beneficiario 1						SI NO
Beneficiario 2						SI NO
Beneficiario 3						SI NO
Beneficiario 4						SI NO
Beneficiario 5						SI NO
Beneficiario 6						SI NO
Beneficiario 7						SI NO
Beneficiario 8						SI NO
Beneficiario 9						SI NO
Beneficiario 10						SI NO
* Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)						

PERSONA FISICA/GIURIDICA							
	Via/Piazza	Nr	CAP	Città	Stato	Telefono	Email
Beneficiario 1							
Beneficiario 2							
Beneficiario 3							
Beneficiario 4							
Beneficiario 5							
Beneficiario 6							
Beneficiario 7							
Beneficiario 8							
Beneficiario 9							
Beneficiario 10							

Beneficiario 9							
Beneficiario 10							

CONTATTI BENEFICIARI			
	Data nascita	Luogo nascita	Numero d'Iscrizione
Beneficiario 1			
Beneficiario 2			
Beneficiario 3			
Beneficiario 4			
Beneficiario 5			
Beneficiario 6			
Beneficiario 7			
Beneficiario 8			
Beneficiario 9			
Beneficiario 10			

CONTATTI BENEFICIARI			
	Data nascita	Luogo nascita	Numero d'Iscrizione
Beneficiario 1			
Beneficiario 2			
Beneficiario 3			
Beneficiario 4			
Beneficiario 5			
Beneficiario 6			
Beneficiario 7			
Beneficiario 8			
Beneficiario 9			
Beneficiario 10			

SEZIONE DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO (prevista per la garanzia di Non Autosufficienza)

Beneficiario Copertura Non Autosufficienza (LTC): **Assicurato**

SCELTA RELATIVA ALLA MODALITA' DI RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE E DELLE COMUNICAZIONI SUCCESSIVE IN CORSO DI CONTRATTO

Con riferimento al presente contratto, il Contraente comunica alla Compagnia, a decorrere dalla sottoscrizione del presente modulo:

☐ di voler ricevere mediante supporto durevole non cartaceo ☐ di voler ricevere mediante supporto cartaceo la documentazione contrattuale che la Compagnia, ai sensi della normativa di riferimento, è tenuta a consegnare e le comunicazioni in corso di contratto allo stesso indirizzate previste dalla normativa vigente.

Per "supporto durevole non cartaceo" s'intende la pubblicazione della suddetta documentazione nell'apposita sezione riservata dell'Home Banking che l'intermediario distributore (di seguito il "Soggetto Abilitato") ha messo a disposizione del Cliente.

Nella predetta nozione rientra, altresì, l'invio della suddetta documentazione all'indirizzo di posta elettronica del Cliente che sarà utilizzato dalla Compagnia per i Clienti che abbiano interrotto il rapporto con il Soggetto Abilitato o non più titolari del servizio Home Banking da questo prestato.

Il Cliente che abbia scelto il supporto durevole non cartaceo riceverà una notifica, via posta elettronica, della disponibilità della suddetta documentazione nell'area riservata dell'Home Banking del Soggetto Abilitato. Il Cliente prende atto ed accetta che tali notifiche verranno inviate all'indirizzo di posta elettronica dallo stesso, tempo per tempo, indicato ai fini della rendicontazione elettronica.

Il Cliente prende altresì atto e conferma che l'indirizzo di posta elettronica come sopra individuato sarà utilizzato dalla Compagnia per l'invio della suddetta documentazione in caso di interruzione del rapporto con il Soggetto Abilitato o di cessazione di titolarità dell'Home Banking.

La scelta relativa al supporto per la ricezione della suddetta documentazione può essere modificata in qualsiasi momento comunicandola:

- al Soggetto Abilitato, direttamente in filiale ovvero operando sull'Home Banking, in costanza di rapporto con il medesimo Soggetto Abilitato e di titolarità dell'Home Banking, e
- alla Compagnia, in caso di interruzione del rapporto con il Soggetto Abilitato o di cessazione di titolarità dell'Home Banking.

Il consenso sopra espresso non è riferibile all'invio di materiale promozionale e può essere revocato in qualsiasi momento. Il Cliente ha sempre il diritto di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo della documentazione ricevuta.

Il presente contratto:

- è regolato dal Set Informativo relativo a Crédit Agricole Vita Ca Vita Destinazione Domani cod. prod) nonché dalle relative appendici, che formano parte integrante del contratto medesimo;
- viene stipulato in base alle dichiarazioni rese e debitamente firmate dal Contraente e dall'Assicurato sulla presente scheda contrattuale e sugli altri documenti che costituiscono parte integrante del contratto stesso.

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Non sono consentite e si intendono nulle eventuali correzioni e/o aggiunte effettuate sulla presente scheda contrattuale successivamente alla stampa della medesima.

Il Contraente può recedere dal contratto ai sensi del D.Lgs. 7/09/2005, n. 209, secondo le modalità indicate nelle Condizioni di contratto;

Il pagamento dei premi avviene tramite bonifico bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A. La data di valuta dell'accredito sul conto intestato alla Società coincide con la data di valuta di addebito sul conto corrente del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano prima della conclusione del contratto di:

- aver preventivamente preso visione e ricevuto, da parte dell'intermediario assicurativo, i seguenti documenti: **"Informativa sul distributore", "Informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo", "Elenco delle regole di comportamento del distributore" (ove la vendita sia stata conclusa al di fuori dei locali dell'intermediario).**
- aver ricevuto in tempo utile, prima della conclusione del contratto, il documento contenente le Informazioni chiave per gli investitori (KID) e di averlo esaminato e compreso;

- di avere verificato che le informazioni e le risposte incluse nel presente Modulo di Polizza e nella Dichiarazione per la sottoscrizione della garanzia facoltativa "Long Term Care (LTC)" sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza facendosi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati forniti. DICHIARANO, altresì, di essere consapevoli che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti potrebbero compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

- di essere stati informati e di accettare gli obblighi in capo al Cliente secondo quanto riportato nelle Condizioni di Assicurazione, nonché di garantire per tutta la durata del contratto di:

- non essere una persona sanzionata;
- non essere residente in un paese sanzionato;
- non essere coinvolto in attività con persone sanzionate o con soggetti situati in un paese sanzionato;
- non avere ricevuto fondi da una persona sanzionata.

Sottoscrivendo il Contratto, il Contraente dichiara e garantisce quanto sopra e si impegna a notificare tempestivamente Crédit Agricole Vita di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisce che non utilizzerà, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerà pagamenti con fondi di provenienza non conformi alle Sanzioni Internazionali.

- di aver verificato le informazioni rese nella presente scheda contrattuale e che le stesse siano complete ed esatte; in particolare, il Contraente conferma la scelta compiuta nel presente modulo circa le modalità di invio dei documenti contrattuali e delle comunicazioni successive da parte della Compagnia. Con riferimento a tale ultimo punto, in caso di scelta del supporto durevole non cartaceo e limitatamente alle comunicazioni indirizzate al Contraente, accetta anche che (i) le notifiche verranno inviate all'indirizzo di posta elettronica, tempo per tempo, indicato ai fini della rendicontazione elettronica e (ii) che lo stesso indirizzo di posta elettronica sarà utilizzato dalla Compagnia per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto in caso di interruzione del rapporto con il Soggetto Abilitato o di cessazione di titolarità dell'Home Banking;

- aver verificato le dichiarazioni contenute nella presente scheda contrattuale, negli altri documenti che costituiscono parte integrante del contratto stesso e di aver preso visione delle avvertenze sopra riportate;

- **aver ricevuto il Set Informativo riguardante Crédit Agricole Vita Ca Vita Destinazione Domani** (cod. prod.), **di averne preso visione e di accettarlo interamente;**

- di essere residente in Italia.

CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.

Marco Di Guida



Contraente o Suo Legale Rappresentante

Assicurato se diverso da Contraente

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione ed esatta conoscenza delle Condizioni contrattuali che accetta in ogni loro parte; in particolare, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice civile, approva specificatamente i seguenti articoli:

Art. 2 - Versamenti; Art. 3 - Modalità di investimento; Art. 8 - Garanzie di Crédit Agricole Vita in caso di decesso o riscatto; Art. 9 - Garanzia facoltativa: Copertura di non autosufficienza; Art. 9.3 - Limitazione temporale della Garanzia; Art. 9.4 - Esclusioni; Art. 11 - Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato; Art. 12 - Conclusione del Contratto; Art. 13 - Efficacia del Contratto; Art. 14 - Risoluzione del Contratto; Art. 15 - Pagamento Anticipato al Cliente del Capitale Maturato (Riscatto); Art. 29 - Obblighi e diritti derivanti dal Contratto; Art. 30 - Richieste di Pagamento: contatti e documentazione; Art. 31 - Pagamento delle Prestazioni Assicurate per il caso di morte dell'Assicurato; Art. 32 - Pagamento per il caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato; Art. 33 - Termini per il Pagamento

FIRMA DEL CONTRAENTE O DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE

Il contratto è stato emesso e concluso il _____, in _____ con la firma del Contraente.

Il pagamento del premio unico di EUR _____ è stato effettuato con valuta _____ tramite bonifico bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.

TIMBRO DELLA FILIALE E FIRMA DELL'INCARICATO

Dichiarazione per la sottoscrizione della garanzia facoltativa “Long Term Care (LTC)”

L'assicurando **dichiara** di essere interessato alla sottoscrizione della garanzia facoltativa Long Term Care, ovvero di tutelarsi economicamente nell'evenienza della perdita di autosufficienza, e di:

1.	<p>Non aver mai ricevuto una diagnosi e/o di essersi sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi b. Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, chirurgia cardiovascolare, cardiomiopatia, ipertensione non controllata c. Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale: d. Diabete; e. Epatite B o C, cirrosi epatica; f. Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi; g. Apnee notturne, broncopneumopatia cronica ostruttiva o bronchiti ricorrenti o polmonite, sindrome acuta respiratoria, dispnea (fiato corto) non dovuta ad attività sportiva h. Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti i. Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni, j. Depressione, disturbi psichiatrici k. Artrite reumatoide, LES (lupus) o altre malattie autoimmuni o sistemici l. Trapianto d'organo m. HIV o malattie HIV-correlate n. Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare?
2.	<p>Non essere invalido o titolare di una pensione di invalidità, inabilità o di aver fatto richiesta per ottenerla</p>
3.	<p>Non aver sofferto di malattie negli ultimi 12 mesi per le quali ha dovuto sospendere l'attività lavorativa per oltre 10 giorni lavorativi consecutivi</p>
4.	<p>Non necessitare di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa</p>
5.	<p>Non avere parenti consanguinei (Padre, Madre, fratelli e sorelle) che anno manifestato uno o più casi riferibili alle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla</p>
6.	<p>Non soffrire o di aver sofferto negli ultimi 5 anni di malattie per cui è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, anti-ipertensivi, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per ipercolesterolemia)</p>

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa fornita dal Titolare ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR").

Ai sensi dell'Art. 9.2 lettera a) del GDPR esprimo liberamente il consenso al trattamento di particolari categorie di dati necessari a stabilire l'assicurabilità del soggetto assicurato.

Si ricorda che, in assenza di tale consenso, non sarà possibile dare seguito alla richiesta di sottoscrizione delle coperture accessorie.

Luogo e Data _____

Firma dell'Assicurando _____

Si rammenta che con l'entrata in vigore della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, a partire dal 2 gennaio 2024 non sarà più possibile richiedere informazioni relative a patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti). Si rammenta inoltre, l'entrata in vigore del Decreto del 22 marzo 2024 contenente l'elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli art. 2 comma 1, 3, comma 1, lett. a), e 4, comma 1 della L. n. 193/2023. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio