

PROPOSTA DI ADESIONE

Proposta n. _____

SOGGETTI**Contraente Persona Fisica**

Cognome:	Nome:	Sesso:	
Data di Nascita:	Età:	Codice fiscale:	
Indirizzo di Residenza:	Località:	CAP:	Prov.
Cittadinanza:			
Altro Indirizzo di recapito postale:	Località:	CAP:	Prov.

Assicurato

Cognome:	Nome:	Sesso:	
Data di Nascita:	Età:	Codice fiscale:	
Indirizzo di Residenza:	Località:	CAP:	Prov.
Cittadinanza:			
Altro Indirizzo di recapito postale:	Località:	CAP:	Prov.

Eventuale Legale Rappresentante del Contraente

Cognome:	Nome:	Sesso:	
Data di Nascita:	Età:	Codice fiscale:	
Indirizzo di residenza:	Località:	CAP:	Prov.
Cittadinanza:			

Contraente Persona Giuridica

Denominazione Ente:	Codice fiscale — P.Iva		
Sede Legale:	Indirizzo:	Località:	CAP:
Prov.			

Legale Rappresentante del Contraente

Cognome:	Nome:	Sesso:	
Data di Nascita:	Età:	Codice fiscale:	
Indirizzo di residenza:			
Località:	CAP:		
Prov.	Cittadinanza:		

Beneficiario/(i) in caso di morte: vedi sezione *Designazione Beneficiario***Beneficiario/(i) in caso di vita / a scadenza:** vedi sezione *Designazione Beneficiario*

Tariffa: 275

Prodotto: Ca Vita Destinazione Domani

Prodotto assicurativo le cui prestazioni sono collegate all'andamento del valore delle quote dei Fondi Interni (Ramo III) 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).

Versamento Ricorrente: EUR _____

Durata: VITA INTERA

Versamento Estemporaneo: EUR _____

- Componente Gestione Separata: EUR
- Componente Unit Linked: EUR

Costi di Caricamento Versamento Ricorrente:

Costi di Caricamento 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 (Flex1) al 25%; Fondo (Flex2) al 25%; Fondo (Flex3) al 25%;
Fondo (Flex4) 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:
Numero di rate:

Durata del piano:

GARANZIA FACOLTATIVA: COPERTURA DI NON AUTOSUFFICIENZA

Garanzia facoltativa: copertura di Non Autosufficienza (LTC): ☐ Sì ☐ 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).

SEZIONE DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO (prevista in caso di morte dell'Assicurato)

Di seguito sono riepilogati i dati relativi alla designazione del Beneficiario effettuata dal Contraente:

Cognome:

Nome:

in qualità di Cliente della **Proposta n.**

E' possibile indicare i Beneficiari con nome e cognome (se persone fisiche) o denominazione (se persone giuridiche).

Ti ricordiamo che in caso di mancata designazione specifica la Compagnia potrebbe incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari e che la modifica o la revoca di quest'ultimo deve essere comunicata alla Compagnia.

DESIGNAZIONE SPECIFICA PERSONA FISICA/GIURIDICA**Beneficiario 1**

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 2

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 3

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 4

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 5

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 6

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 7

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Luogo e Data di
nascita

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 8

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 9

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 10

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio (%):

Contatto*: ☐ Si ☐ No

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di
nascita

Nr:

CAP :

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

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

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

Fac-simile

PAGAMENTO DEL PREMIO

Contraente:

Bonifico Bancario di EUR da IBAN
A favore di Crédit Agricole Vita S.p.A. sul seguente codice IBAN presso

Il Contraente in quanto intestatario o cointestatario del conto corrente sopra indicato, con la sottoscrizione del presente modulo autorizza ad effettuare il suddetto bonifico in favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.

AVVERTENZE

La presente proposta potrà essere sottoscritta presso le filiali del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia nonché mediante offerta fuori sede o a distanza da parte del Soggetto Abilitato. In quest'ultimo caso al contraente potrà essere richiesto di sottoscrivere appositi accordi con l'intermediario volti a disciplinare il servizio prestato avvalendosi di tecniche di comunicazione a distanza.

Nel caso di operatività on line o fuori sede, la sottoscrizione della presente proposta dovrà essere effettuata mediante utilizzo di firma digitale resa disponibile dal Soggetto Abilitato sopra indicato.

Per l'utilizzo della firma digitale è richiesta la sottoscrizione di apposito contratto.

Per la sottoscrizione presso le filiali dell'intermediario il cliente potrà utilizzare, in alternativa alla firma autografa, la firma digitale resa disponibile dal Soggetto Abilitato sopra indicato, previa sottoscrizione di apposito contratto.

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.

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso gli uffici della Compagnia o attraverso comunicazione scritta inoltrata alla Compagnia per il tramite dell'Intermediario abilitato. La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le Parti (Contraente e Compagnia) da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno della comunicazione effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati dalla Compagnia o di spedizione della raccomandata quale risulta dal timbro postale d'invio.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso gli Uffici della Compagnia o attraverso comunicazione scritta inoltrata alla Compagnia per il tramite del Soggetto Abilitato. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti (Contraente e Compagnia) da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno della comunicazione effettuata direttamente presso i Soggetti Abilitati dalla Compagnia o di spedizione della raccomandata quale risulta dal timbro postale d'invio. Nel termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia restituisce al Contraente il premio, valorizzato secondo i criteri specificati nel Set Informativo (sez. Diritto di ripensamento), maggiorato o diminuito - ove la comunicazione di recesso sia ricevuta dalla data di decorrenza in poi - della

differenza fra il controvalore del numero di quote del/dei fondo/i (ove presenti) selezionato/i e il medesimo controvalore calcolato in base al corrispondente valore unitario delle quote rilevato alla data di decorrenza del Contratto e, trattiene, se previsto nelle Condizioni Contrattuali, gli eventuali costi indicati dal Set Informativo stesso.

Conclusione del contratto – decorrenza delle coperture assicurative

Il presente documento costituisce la proposta contrattuale del Contraente per la sottoscrizione del prodotto assicurativo distribuito dal Soggetto Abilitato e deve essere debitamente firmata dal Contraente e, se diverso dal Contraente, dall'Assicurato. Il contratto si intenderà concluso (perfezionato) il giorno di addebito del premio pattuito sul conto corrente del contraente (intestato o cointestato). L'incasso del premio da parte della Compagnia costituisce conferma dell'accettazione da parte della stessa della presente proposta.

Le garanzie assicurative entrano in vigore nei termini di seguito indicati:

il mercoledì della settimana successiva all'addebito del premio sul c/c intestato o cointestato del contraente. La data di decorrenza verrà comunicata al Contraente tramite Lettera di conferma d'investimento dei premi da parte della Compagnia

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In conformità agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito, il "GDPR"), la Società Crédit Agricole Vita S.p.A. di seguito, anche la "Società" o il "Titolare") - in qualità di Titolare del trattamento - La informa sull'uso dei Suoi dati personali:

1 Finalità del trattamento

1.1 Trattamento dei dati personali per finalità assicurative: la Società tratta i dati personali da Lei forniti per concludere, gestire ed eseguire il contratto da Lei richiesto, nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Nell'ambito della presente finalità, il trattamento viene altresì effettuato per la prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché per le relative azioni legali, e per assolvere eventuali obblighi di legge, contabili e fiscali (es.: obblighi di adeguata verifica della clientela e comunicazioni di suoi Dati Personali in conformità a quanto previsto dalle disposizioni in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo, obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di accertamento e repressione di violazioni tributarie. Il conferimento dei suoi dati personali risulta pertanto necessario ed il relativo trattamento da parte della Società potrà avere come base giuridica: a) l'adempimento di un obbligo di legge, regolamento, normativa europea o normativa internazionale laddove applicabile; b) la conclusione e l'esecuzione di un contratto di cui è parte anche per quanto concerne la gestione e liquidazione dei sinistri; c) il Suo consenso nel caso di particolari categorie di dati (c.d. sensibili), ai sensi dell'art 9.2 lett. a) del GDPR. Nel caso in cui Lei rifiutasse di fornire i dati personali richiesti, la Società non potrà concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o gestire e liquidare i sinistri. In caso di trattamento basato sul Suo consenso, lo stesso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca. Resta inteso che, in siffatta ipotesi, la Società non potrà dar seguito alle obbligazioni contrattuali. I dati personali dei beneficiari/assicurati necessari alla definizione del rapporto assicurativo sono da Lei conferiti al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo. Inoltre, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo e di adeguamento agli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di accertamento e repressione di violazioni tributarie. Tali attività comportano il

trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiriciclaggio, antiterrorismo e/o di violazioni tributarie. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiriciclaggio, antiterrorismo e/o di accertamento e repressione di violazioni tributarie.

1.2 Trattamento dei dati personali per finalità promozionali/commerciali e di profilazione: i Suoi dati, laddove raccolti per finalità promozionali/commerciali e di profilazione, potranno essere altresì utilizzati per finalità di profilazione della Clientela, di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato. In tali casi, il trattamento dei Suoi dati personali sarà basato esclusivamente sul suo consenso libero e specifico. Il Suo consenso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca.

2 Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte; è invece esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati. La Società svolge il trattamento direttamente tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione (incaricati) o avvalendosi di soggetti di fiducia esterni alla Società, facenti parte della cd. "catena assicurativa" o di settori diversi ma con funzioni accessorie e organizzative all'attività assicurativa.

Tali soggetti tratteranno i Suoi dati:

- a) conformemente alle istruzioni ricevute dalla Società in qualità di responsabili o di incaricati, tra i quali indichiamo gli Agenti della Società, i dipendenti o collaboratori della Società stessa addetti alle strutture aziendali nell'ambito delle funzioni cui sono adibiti ed esclusivamente per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. L'elenco aggiornato dei responsabili e delle categorie di incaricati è liberamente conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7;
- b) in totale autonomia, in qualità di Titolari autonomi.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui ai punti 1.1 e 1.2 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione od altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensioni; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Magistratura; Forze dell'ordine, Banca d'Italia, altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione).

Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1.2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a Società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

L'elenco dei soggetti a cui sono comunicati i dati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7.

4 Trasferimento di dati in Paesi fuori dallo Spazio Economico Europeo

I Suoi dati personali non saranno trasferiti fuori dallo Spazio Economico Europeo. Qualora sussistesse tale necessità, il trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile ed adottando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza. Si precisa a tal riguardo che i trasferimenti verso Paesi al di fuori dello Spazio Economico Europeo - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avverranno sulla base delle c.d. Clausole Contrattuali Tipo emanate dalla Commissione medesima quale garanzia del corretto trattamento.

5 Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per almeno dieci anni (in osservanza alla normativa pro-tempore vigente) a far data dalla cessazione di qualsivoglia rapporto di natura contrattuale tra Lei e la Società. Sono fatti salvi i dati la cui conservazione è finalizzata ad esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria. Diversamente, per finalità promozionale e di profilazione, i tempi di conservazione sono rispettivamente 24 e 12 mesi a far data dalla raccolta.

6 Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 15-20 del GDPR Lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quello di ottenere l'accesso ai Suoi dati personali in forma intelligibile, la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi. Lei avrà inoltre diritto ad ottenere dalla Società la limitazione del trattamento, potrà inoltre opporsi per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati. Nel caso in cui ritenga che i trattamenti che La riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR. Ai sensi dell'art. 20 del GDPR Lei ha diritto ad ottenere, su richiesta, i Suoi dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici e ha diritto di trasmetterli direttamente ad un altro Titolare di sua scelta, nei limiti della materiale fattibilità dell'operazione e dei costi da sostenere.

7 Titolare e responsabile per la protezione dei dati personali (DPO)

Il Titolare del trattamento è Crédit Agricole Vita S.p.A. nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con Sede Legale in via Università, 1 - 43121 Parma (Italia). Per esercitare i Suoi diritti ai sensi del GDPR di cui al punto 6 della presente informativa potrà contattare il Responsabile per la protezione dei dati personali - DPO - all'indirizzo di posta elettronica dataprotection@ca-vita.it oppure o tramite il form pubblicato sul sito della Compagnia, www.ca-vita.it, nella sezione Privacy, oppure all'indirizzo di Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano (Italia). Allo stesso dovrà essere effettuata ogni richiesta di informazione in merito all'individuazione dei Responsabili del trattamento agenti per conto del Titolare.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato prendono visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali consegnata dal titolare ai sensi degli Artt.13/14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR).

Il Contraente esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte di Crédit Agricole Vita S.p.A. per finalità di:

1. informazione, promozione e comunicazione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato, anche con modalità automatizzate (es. tramite telefono, SMS, MMS, fax, posta elettronica ed applicazioni Web);

SI

NO

2. profilazione della clientela, anche mediante elaborazioni elettroniche, di propri comportamenti ed abitudini di consumo in modo da migliorare i servizi forniti, soddisfare le specifiche esigenze ed indirizzare le proposte commerciali di interesse;

SI

NO

3. informazione, promozione e comunicazione commerciale di prodotti e servizi con modalità automatizzate (es. tramite telefono, SMS, MMS, fax, posta elettronica ed applicazioni Web), da parte di soggetti terzi.

SI

NO

Luogo

Data

Firma del Contraente o suo Legale Rappresentante

Luogo

Data

Firma dell'Assicurato
o suo Legale Rappresentante

Luogo

Data

[DENOMINAZIONE ENTE]

In persona di

[Nome Cognome] [in qualità di legale rappresentante / soggetto munito dei necessari poteri di firma]

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

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

☐ 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 prestatato.

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.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE, E SE DIVERSO, DELL'ASSICURATO, OVE A QUEST'ULTIMO APPLICABILI, O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto

- DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte incluse nel presente modulo, nonché quelle contenute nei moduli di **adeguata verifica della clientela** _____ **FATCA** _____ e **CRS** _____ anche se materialmente compilate da altri – sono state da me rese e sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni dei dati da me forniti.

- DICHIARO di confermare le scelte compiute nel presente modulo tra le quali (i) l'individuazione del beneficiario in caso morte ed in caso di vita qualora previsti dal contratto; (ii) il trattamento dei dati personali; (iii) le modalità di invio dei documenti e delle comunicazioni contrattuali 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;

-DICHIO di aver **ricevuto in tempo utile prima della sottoscrizione del contratto il Set informativo** contenente le informazioni del prodotto di cui alla presente proposta di adesione con le modalità comunicate al Soggetto Abilitato.

- DICHIO di essere stato informato e di aver letto e compreso, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente proposta di adesione, le caratteristiche ed i rischi del Prodotto come descritti nel Set Informativo **Ca Vita Destinazione Domani** e di accettarle integralmente.

-DICHIO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte incluse nella presente Proposta di Adesione e nella Dichiarazione per la sottoscrizione della garanzia facoltativa "Long Term Care (LTC)" sono state da me rese e sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. DICHIO, altresì, di essere consapevole che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti potrebbero compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

-Dichio aver ricevuto in tempo utile, prima della sottoscrizione del contratto, il documento contenente le Informazioni chiave per gli investitori (KID) e di averlo esaminato e compreso.

- DICHIO di aver ricevuto e compreso in tempo utile prima della sottoscrizione della presente proposta di adesione, nonché le relative appendici che formano parte integrante del contratto medesimo, di averne preso visione e di accettarle interamente. Per il caso in cui il Contratto sia sottoscritto nell'ambito di un sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dal Soggetto Abilitato, prendo atto che tale documentazione contiene le informazioni previste dagli artt. da 67 – *quater* a 67 – *octies* del Codice del Consumo.

- PRENDO ATTO della possibilità di revocare la presente proposta prima che il contratto assicurativo sia concluso e della facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni, ottenendo il rimborso degli importi indicati nella documentazione contrattuale al netto degli eventuali oneri di emissione del contratto, secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali. Con la sottoscrizione della presente richiedo in ogni caso che l'esecuzione del contratto abbia comunque inizio prima del decorso del termine per il recesso, anche nel caso di sottoscrizione del contratto mediante tecniche di comunicazione a distanza tramite il sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dal Soggetto Abilitato.

- DICHIO di essere stato informato 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, dichiaro e garantisco quanto sopra e mi impegno a notificare tempestivamente Crédit Agricole Vita di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisco che non utilizzerò, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerò pagamenti con fondi di provenienza non conformi alle Sanzioni Internazionali.

- DICHIO 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).**

- DICHIO inoltre di aver ricevuto, tramite il Set Informativo del Prodotto e l'ulteriore documentazione elaborata dal Soggetto Abilitato, le informazioni sulle caratteristiche del Prodotto stesso e sull'importo del premio totale da corrispondere.

- DICHIO di aver preso atto e di accettare i criteri descritti nella raccomandazione personalizzata n. _____ fornita dal Soggetto Abilitato in relazione al presente contratto, secondo i quali saranno processati i relativi ordini.

-DICHIO di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

- CONFERMO, nel caso di offerta fuori sede del Prodotto da parte del Soggetto Abilitato, la scelta del supporto non cartaceo da me effettuata nel Modulo *“Offerta fuori sede – scelta relativa alla modalità di ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale”*, ed in particolare del Supporto Elettronico quale modalità di invio dell’informativa precontrattuale e del caricamento sulla sezione riservata del mio Home Banking o di altro sistema di rendicontazione on line in essere con il Soggetto Abilitato quale modalità di invio della copia della presente proposta di adesione, secondo quanto indicato nel suddetto Modulo da me precedentemente sottoscritto e tutt’ora valido ed efficace.

- AUTORIZZO, in qualità di intestatario, cointestatario del conto corrente indicato nella sezione PAGAMENTO DEL PREMIO, _____ ad effettuare il suddetto bonifico in favore della Compagnia.

L’Assicurato, se diverso dal Contraente, acconsente alla stipulazione del contratto.

Luogo Data Firma del Contraente o suo Legale Rappresentante

Luogo Data Firma dell’Assicurato o suo Legale Rappresentante

Luogo Data

[DENOMINAZIONE ENTE]

In persona di

[Nome Cognome] [in qualità di legale rappresentante / soggetto munito dei necessari poteri di firma

Firma

Il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Contrattuali:

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

Luogo Data

Firma del Contraente/Assicurato o suo Legale Rappresentante

Luogo Data

[DENOMINAZIONE ENTE]

In persona di

[Nome Cognome] [in qualità di legale rappresentante / soggetto munito dei necessari poteri di firma]

Firma

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO

Cognome e nome dell'incaricato:

Codice matricola gestore:

Fac-simile

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.	Non essere invalido o titolare di una pensione di invalidità, inabilità o di aver fatto richiesta per ottenerla
3.	Non aver sofferto di malattie negli ultimi 12 mesi per le quali ha dovuto sospendere l'attività lavorativa per oltre 10 giorni lavorativi consecutivi
4.	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
5.	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
6.	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)

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