

TARIFFA N. 179 01**Contratto n. _____**

Distribuito da Crédit Agricole Italia S.p.A.

Edizione del 07.2025 (ultima disponibile)

Protezione Pensare Domani - Assicurazione di puro rischio composto dai seguenti Moduli che al loro interno possono prevedere garanzie sempre attive e garanzie attivabili facoltativamente:

Modulo I - Copertura principale temporanea per il caso di morte a capitale e premio annuo costante

Garanzia complementare, sempre inclusa: pagamento anticipato della prestazione per il caso morte se insorge malattia terminale

Garanzia complementare, facoltativa: pagamento di capitale aggiuntivo in caso di morte per infortunio o per infortunio da incidente stradale

Garanzia complementare, facoltativa: pagamento di capitale aggiuntivo per decesso contemporaneo di due soggetti (coniugi/conviventi)

Modulo II - Copertura principale temporanea in caso di insorgenza di malattia grave a capitale e premio annuo costante**Modulo III - Copertura principale temporanea in caso di non autosufficienza in forma di rendita limitata**

Garanzia complementare, sempre inclusa: pagamento di capitale aggiuntivo una tantum

MODULO DI POLIZZA**CONTRAENTE****Cliente Persona Fisica**

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Età:

Data di Nascita:

Cittadinanza:

Email:

Indirizzo di residenza:

Via/ Piazza:

CAP:

Città:

Stato:

Indirizzo di domicilio:

Via/ Piazza:

CAP:

Città:

Stato:

Cliente Persona Giuridica

Denominazione:

P. IVA:

Indirizzo email:

Via/ Piazza:

CAP:

Città:

Stato:

ASSICURATO

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Età:

Data di Nascita:

Cittadinanza:

Email:

Indirizzo di residenza:

Via/ Piazza:

CAP:

Copia per il Contraente

Pagina 1 di 12

Città:
Indirizzo di domicilio:
Via/ Piazza:
Città:

Stato:

CAP:
Stato:

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Professione dell'assicurato: _____ Attività sportive dell'assicurato: _____
Frazionamento del premio annuo: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☒ Mensile
Il frazionamento indicato sarà valido per tutte le garanzie selezionate e per i premi indicati. Non sono previsti interessi di frazionamento. In caso di frazionamento mensile/semestrale il premio annuo è comunque dovuto per intero

Premio totale annuo (€): _____

Sconto annuo (€): _____

Premio totale annuo lordo dovuto (€): _____

Premio totale mensile lordo dovuto (€): _____

Nota: I premi riportati sono comprensivi di 5,00€ annui di spese fisse

Componente del premio annuo della garanzia TCM rilevante ai fini del calcolo della detraibilità IRPEF (€): _____

Componente del premio annuo della garanzia LTC rilevante ai fini del calcolo della detraibilità IRPEF (€): _____

Nota: essendo presente tra i beneficiari un individuo affetto da grave disabilità il premio massimo detraibile per la garanzia TCM è innalzato a 750,00 €

☒ **Modulo I - Copertura principale: Temporanea Caso Morte (TCM)**

☒ Assicurato non fumatore

☐ Assicurato fumatore

Data di decorrenza: _____ (dalle ore 23:59)

Durata: _____

Data di scadenza: _____

Capitale assicurato (€): _____

Premio annuo lordo (€): _____

Sovrappremio professionale (€): _____

Sovrappremio sportivo (€): _____

Sovrappremio sanitario (€): _____

Garanzie complementari

La data di decorrenza, durata, data di scadenza e il frazionamento sono gli stessi della garanzia principale TCM

Premio annuo lordo (€)

☒ **Pagamento in via anticipata totale della prestazione caso morte in caso di malattia terminale**

Capitale assicurato in caso di malattia terminale (€): capitale assicurato TCM

Inclusa nel prezzo

☒ **Maggiorazione in caso di decesso per infortunio/ incidente stradale**

Capitale aggiuntivo assicurato in caso di decesso da infortunio (€): capitale assicurato TCM

Fino ad un massimo di 250.000 €

Capitale aggiuntivo assicurato in caso di decesso da incidente stradale (€): doppio del capitale assicurato TCM

Fino ad un massimo di 500.000 €

☐ **Maggiorazione per decesso contemporaneo di due soggetti (coniugi/conviventi)**

Capitale aggiuntivo assicurato (€): capitale assicurato TCM

Fino ad un massimo di 150.000 €

☐ **Modulo II - Copertura principale: Malattia Grave – non selezionata**

Data di decorrenza: ____ (dalle ore 23:59) Durata: ____ Data di scadenza: ____
Capitale assicurato (€): ____
Premio annuo lordo (€): ____
Sovrappremio professionale (€): ____ Sovrappremio sportivo (€): ____ Sovrappremio sanitario (€): ____

☐ **Modulo III – Copertura Principale: Non Autosufficienza – non selezionata**

Data di decorrenza: ____ (dalle ore 23:59) Durata: ____ Data di scadenza: ____
Rendita mensile assicurata (€): ____ Periodo di pagamento della rendita: 10 anni
Premio annuo lordo (€): ____
Sovrappremio professionale (€): ____ Sovrappremio sportivo (€): ____ Sovrappremio sanitario (€): ____

Garanzie complementari

La data di decorrenza, durata, data di scadenza e il frazionamento sono gli stessi della garanzia principale LTC
Premio annuo lordo (€)

☐ **Pagamento capitale aggiuntivo una tantum – inclusa nel premio**

Capitale aggiuntivo assicurato in caso di non autosufficienza Inclusa nel prezzo

SERVIZI INCLUSI NELL'OFFERTA

Il prodotto prevede un set di servizi di assistenza sempre inclusi, senza costi aggiuntivi, ed erogati dalla compagnia Inter Partner Assistance S.A. con la quale la Compagnia ha stipulato una polizza collettiva; le condizioni di utilizzo dei servizi, di cui viene riportato, di seguito, l'elenco, sono dettagliate all'interno delle Condizioni di Assicurazione:

- Supporto psicologico;
- Viaggio di un familiare in caso di ricovero;
- Prelievo campioni;
- Secondo parere medico;
- Analisi genomica;
- Orientamento - Informazioni sulla sanità;
- Servizio di accompagnamento (transfer da e per centri di cura);
- Trattamento professionale di estetica oncologica

La durata dell'assicurazione relativa al Pacchetto di Assistenza di Inter Partner Assistance è pari a 365 giorni dalla data di sua decorrenza (che coincide con le ore 24:00 del giorno di pagamento del premio della presente polizza) e si rinnoverà tacitamente di anno in anno, purché sia in vigore la polizza collettiva stipulata dalla Compagnia con Inter Partner Assistance. La Compagnia si riserva, inoltre, di modificare e/o aggiornare e/o integrare e/o ridurre nel corso del tempo le prestazioni e i servizi di assistenza di cui al Pacchetto Servizi di Assistenza di Inter Partner Assistance.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio annuo sarà effettuato tramite addebito, con la frequenza scelta dal contraente, su conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente stesso contestualmente alla sottoscrizione della polizza.

Numero conto corrente: _____

Intestatario conto corrente: _____

SEZIONE DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO PER IL CASO MORTE

☐ **Gli eredi testamentari dell'assicurato, in mancanza gli eredi legittimi in parti uguali**

Avvertenza: in caso di mancata designazione in forma nominativa del Beneficiario, la Compagnia all'atto della liquidazione della prestazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli aventi diritto. La modifica e la revoca di questi ultimi devono essere comunicate alla Compagnia.

☐ **Designazione specifica**

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi devono essere comunicate alla Compagnia.

☐ **Referente terzo** – figura di supporto, diversa dal beneficiario, a cui l'impresa assicuratrice potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato per poter procedere con la liquidazione della prestazione

BENEFICIARIO IN CASI DI DECESSO CONTEMPORANEO DI DUE SOGGETTI (CONIUGI/CONVIVENTI)

Il capitale addizionale della garanzia complementare facoltativa decesso contemporaneo di due soggetti (coniugi/conviventi) sarà erogato ai beneficiari selezionati per questa copertura se in possesso di almeno una delle caratteristiche sotto elencate:

- figli minori conviventi oppure,
- figli riconosciuti invalidi civili con una % pari o superiore al 66% oppure,
- figli che siano diventati maggiorenni in corso di copertura e che risultino a carico al momento del sinistro

Nel caso in cui cessino di esistere Beneficiari eleggibili per la suddetta garanzia il capitale addizionale non verrà erogato. Nel corso della durata del Contratto qualora tra i Beneficiari non risulti più alcun soggetto con le caratteristiche previste dalla copertura, il Cliente ha la facoltà di richiedere la cessazione della Copertura Complementare facoltativa – morte di entrambi i coniugi o conviventi. In tal caso, i premi delle annualità successive non sono più dovuti dal Cliente alla Compagnia

SEZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI PER MODULI II E III E PER GARANZIA MALATTIA TERMINALE

Beneficiario garanzia complementare Malattia Terminale: Assicurato

Copia per il Contraente

Pagina 4 di 12

Beneficiario Copertura Malattie Gravi: Assicurato

Beneficiario Copertura Non Autosufficienza: Assicurato

DESIGNAZIONE SPECIFICA PERSONE FISICA/ GIURIDICA

Beneficiari specifici (possibile indicare fino a 10 beneficiari)

Beneficiario 1

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/ PIVA:

Legame con contraente:

Percentuale di beneficio:

Contatto¹ ☐ Sì ☐ No

Via/ Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

☐ Soggetto disabile ai sensi della legge 104/1992 ☐ Depositata copia del verbale di disabilità

☐ Beneficiario valido ai fini della garanzia complementare per decesso contemporaneo di due soggetti (coniugi/ conviventi)

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

1. Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiari in difetto (possibile indicare fino a 3 beneficiari in difetto per beneficiario specifico)

Per beneficiario in difetto si intende il soggetto, indicato dal contraente, che nel caso di scomparsa di un beneficiario specifico subentra come beneficiario. È possibile indicare fino a tre beneficiari in difetto per un singolo beneficiario specifico

Beneficiario 1 in difetto del beneficiario 1

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice fiscale/ PIVA:

Legame con contraente:

Percentuale di beneficio in difetto:

Contatto¹ ☐ Sì ☐ No

Via/ Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione

1. Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

DESIGNAZIONE REFERENTE TERZO

Questa sezione è dedicata alla designazione della figura del Referente. Se in qualità di Cliente desideri mantenere riservata la designazione dei Beneficiari oppure intendi avvalerti del supporto di qualcuno di tua 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 dell'Assicurato.

QUESTIONARIO ASSUNTIVO

Sezione non medica

- Attività professionale
- Attività sportiva
- Fuma o ha mai fumato sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipe o altro negli ultimi 24 mesi? In caso affermativo specificare dettagli su tipo, quantità e frequenza di consumo

Sezione medica

- Ha subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o è attualmente in attesa di ricovero o intervento? (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti, parto senza complicanze, cure dentali, fratture ossee senza postumi)
- Ha mai ricevuto nel corso della vita una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie?
 - Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi;
 - Infarto miocardico, coronaropatia, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata, cardiomiopatie, aritmie;
 - Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
 - Diabete;
 - Alterazioni dell'ipofisi, del surrene, alterazioni tiroidee non controllate dalla terapia, noduli tiroidei;
 - Epatite B o C, epatite autoimmune, cirrosi epatica, epatopatia alcolica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa, cirrosi biliare;
 - Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite, ematuria (presenza di sangue nelle urine), proteinuria (presenza di proteine nelle urine), disturbi alla vescica o alla prostata o all'utero e ovaie;
 - Trapianto d'organo;
 - Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, malattia di Parkinsons, malattia di Alzheimer, malattia dei motoneuroni (compresa SLA) altre malattie neurologiche;
 - Malattie del sistema nervoso: depressione cronica, disturbo bipolare, schizofrenia;
 - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), bronchiti ricorrenti, polmonite virale, sarcoidosi, enfisema, apnee del sonno;
 - Artrite reumatoide, artrite psorisiaca, altre malattie sistemiche o del sistema immunitario;
 - Sieropositività all'HIV, AIDS o malattie HIV-correlate
- Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, MOC, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari

(esclusi esami per infortunio senza postumi, ernie al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? - per "fuori dalla norma" si intendono esiti tali per cui sono stati prescritti o consigliati ulteriori approfondimenti (indagini, visite, controlli, interventi, terapie)

- È titolare di una pensione di inabilità o assegno ordinario di invalidità oppure ha in corso una richiesta per il riconoscimento di invalidità/inabilità? (non è necessario dichiarare invalidità inferiore al 20%)
- Attualmente effettua una terapia medica (farmacologica e non) continuativa da oltre 30 giorni consecutivi? (ad esclusione di farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, anti-concezionali, anti-istaminici e per la tiroide)
- Indichi altezza e peso

Domande aggiuntive Modulo II - Copertura Temporanea Malattie Gravi

- Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, Malattia dei Motoneuroni (compresa la SLA) prima dell'età di 60 anni?
- Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni (compresa la SLA), sclerosi multipla?

Domande aggiuntive Modulo III – Copertura Temporanea Non Autosufficienza

- Necessita 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?
- Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni (compresa la SLA), sclerosi multipla?

DIRITTO DI RECESSO

Il Cliente, entro 30 giorni dal momento in cui il Contratto è concluso o dalla data di ricezione della documentazione, se successiva, può chiedere che ne cessino gli effetti (Recesso). Per farlo, deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad una delle Banche Abilitate, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Crédit Agricole Vita S.p.A.
Servizio Portafoglio
Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dal Soggetto Abilitato o dalla Compagnia, sia il Cliente che la Compagnia sono liberi da ogni obbligazione contrattuale. Entro 30 giorni da tale momento la Compagnia pagherà un importo pari alla somma di tutti i premi versati dal Cliente.

AVVERTENZE RELATIVE ALLE ESCLUSIONI E CARENZE

L'Assicurando prende atto che alla presente polizza, oltre alle esclusioni riportate nella sezione "Dichiarazioni del contraente (e dell'assicurato)" si applicano anche le seguenti esclusioni specifiche:

- Temporanea Caso Morte (TCM): ____
- Malattie Gravi: ____

- Non Autosufficienza: ____

L'Assicurando, in deroga a quanto previsto agli articoli 2.4.2 e 5.5.2 delle Condizioni Contrattuali, prende atto che il periodo di carenza è stato eliminato, a seguito della presentazione della documentazione medica necessaria, per le seguenti casistiche:

- Carenza Temporanea Caso Morte, escluso HIV
- Carenza Malattia Grave, escluso Cancro

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando prende atto che la presente polizza è emessa sulla base delle informazioni contenute nel Questionario assuntivo e/o, se previsto, sul Rapporto di visita medica, sottoscritti dall'Assicurando in fase di preventivazione e che l'Assicurando dichiara di aver ricevuto in copia.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO SULLO STATO TABAGICO

Ai fini del presente Contratto si intende non fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato – neanche sporadicamente – sigarette (compresa la sigaretta elettronica), sigari e/o pipa, o che abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi. Tale definizione determina lo stato tabagico iniziale dell'Assicurato.

Nel caso di modifica dello stato tabagico dell'Assicurato, intervenuta nel corso della durata del Contratto, l'Assicurato è tenuto a darne informazione alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata. La Compagnia, ricevuta la comunicazione del fatto che l'Assicurato ha iniziato, o ricominciato, a fumare provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto per Assicurati fumatori determinato in base all'età e alla durata fissate alla decorrenza del Contratto. La Compagnia prenderà atto di tale passaggio di stato mediante Appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

In caso di mancata comunicazione dello stato tabagico dell'Assicurato, la Compagnia pagherà, in caso di decesso, in luogo del capitale assicurato riportato in Polizza, un importo ridotto che si ottiene moltiplicando il capitale assicurato per il rapporto tra il premio di polizza ed il premio dovuto se l'Assicurato si fosse dichiarato fumatore.

ALTRE DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO

L'Assicurando con la sottoscrizione della presente conferma le dichiarazioni rilasciate alla Compagnia nei seguenti documenti ove previsti:

- Preventivo
- Modulo di polizza
- Questionario assuntivo
- Rapporto di visita medica
- Documentazione sanitaria

e dichiara che esse sono conformi a verità non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. L'Assicurando dichiara inoltre 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 Compagnia 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 dalla Compagnia all'esame di persone o Enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

L'Assicurando e, se diverso, il Cliente dichiarano ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., di essere consapevoli che le sopra riportate informazioni e dichiarazioni:

- sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del Contratto, costituendo parte integrante dello stesso
- che, qualora le dichiarazioni rilasciate risultino non veritiere, inesatte oppure vengano riscontrate reticenze può essere compromesso il diritto alle prestazioni assicurate.

AVVERTENZE

L'Assicurando deve tenere in considerazione che:

- 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;
- prima della sottoscrizione del Questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso; 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 oneri e costi a suo carico;
- il presente Contratto potrà essere sottoscritto presso le filiali del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia;
- 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;
- per l'utilizzo della firma digitale è richiesta la sottoscrizione di apposito contratto.

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

Con riferimento al presente contratto, consapevole della possibilità di scelta, il Contraente autorizza la Compagnia a trasmettere in formato ☐ Durevole non cartaceo (E-mail) ☐ Cartaceo

la documentazione contrattuale e le comunicazioni nel corso del rapporto previste dalla normativa vigente e nel caso fornisce a tal fine il seguente indirizzo di posta elettronica valido ed in uso: _____ impegnandosi a

comunicare alla Compagnia o al Soggetto Abilitato ogni variazione dell'indirizzo indicato. Il consenso non è riferibile all'invio di materiale promozionale e può essere modificato in qualsiasi momento.

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 di polizza, nel Questionario assuntivo, nonché quelle contenute nel modulo di adeguata verifica della clientela (_____) 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 Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. DICHIARO, altresì, di essere consapevole che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti potrebbero compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.
- DICHIARO di confermare le scelte compiute nel presente modulo tra le quali (i) l'individuazione del beneficiario in caso di morte dell'Assicurato; (ii) il trattamento dei dati personali; (iii) le modalità di invio dei documenti e delle comunicazioni contrattuali da parte della Compagnia.
- **DICHIARO di aver ricevuto in tempo utile, prima della sottoscrizione del Contratto, il Set informativo contenente le informazioni del prodotto che intendo sottoscrivere.**
- DICHIARO di essere stato informato e di aver letto e compreso, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Polizza, le caratteristiche ed i rischi del Prodotto: Protezione Pensare Domani come descritti nel Set Informativo comprensivo di Condizioni di Assicurazione, DIP e DIP aggiuntivo che dichiaro di accettare integralmente.
Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto nell'ambito di un sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dal Soggetto Abilitato (ove previsto) prendo atto che tale documentazione contiene le informazioni previste dagli artt. da 67 – quater a 67 – octies del Codice del Consumo.
- DICHIARO di aver preventivamente preso visione e/o ricevuto da parte del Soggetto Abilitato il documento contenente le informazioni da rendere al Cliente prima della sottoscrizione del Modulo di Polizza comprese quelle contenute nel Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi;
- DICHIARO di aver preso atto, dell'esito delle analisi effettuate dal Soggetto Abilitato rispetto alle mie esigenze e bisogni assicurativi e alla loro coerenza rispetto al prodotto proposto;
- DICHIARO di aver preso atto e di accettare i criteri descritti all'interno del Preventivo, Raccomandazione personalizzata e Report Analisi dei bisogni e Valutazione di coerenza elaborati e rilasciati dal Soggetto Abilitato in relazione alla Polizza.
- DICHIARO inoltre di aver ricevuto, tramite il Set Informativo e l'ulteriore documentazione elaborata dal Soggetto Abilitato, le informazioni sulle caratteristiche del Prodotto stesso e sull'importo del Premio costante nonché dei costi previsti per il prodotto.

- DICHIARO di essere fiscalmente domiciliato in Italia.
- PRENDO ATTO della facoltà di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla comunicazione della conclusione dello stesso o dalla ricezione della documentazione, se successiva, ottenendo il rimborso, secondo le modalità indicate 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 (ove previsto) tramite il sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dal Soggetto Abilitato. Sono fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti dalle Condizioni di Assicurazione.
- DICHIARA che la sottoscrizione del presente contratto non viene posta come condizione obbligatoria all'ottenimento di un mutuo immobiliare o altro contratto di credito al consumo.
- DICHIARA di essere a conoscenza che Crédit Agricole Vita S.p.A. dispone di un'area internet riservata al cliente (c.d. home insurance) e pertanto, dopo la sottoscrizione, è possibile consultare tale area e utilizzarla per gestire telematicamente il presente contratto;
- DICHIARO di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

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

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Marco Di Guida


Contraente o suo Legale Rappresentante

Assicurato* (se diverso da contraente)

**l'Assicurato (nei casi in cui sia diverso dal contraente) esprime anche il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ex art. 1919 Cod. Civile*

Il sottoscritto Contraente, inoltre, dichiara di aver preso visione del Set Informativo che accetta in ogni parte; in particolare, a sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, approva specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni Contrattuali:

2 – Copertura Temporanea Caso Morte; 3 - Copertura Complementare Facoltativa – Morte per Infortunio o per Infortunio da Incidente Stradale; 4- Copertura Complementare Facoltativa – Morte di entrambi i coniugi o conviventi; 5 - Copertura Temporanea Malattia Grave; 5.1- Condizioni di assicurabilità; 5.2- Definizione di Malattia Grave; 5.4-Pagamento del Capitale Assicurato Temporanea Malattia Grave; 5.5 - Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura Temporanea di Malattia Grave; 5.6-Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Malattia Grave;

6 -Copertura Temporanea Non Autosufficienza; 6.1 – Condizioni di assicurabilità; 6.4-Pagamento della Rendita Assicurata per il caso di Non Autosufficienza e del Capitale Assicurato per il caso di Non Autosufficienza; 6.5-Esclusioni, Carenza e limitazioni della Copertura in caso di Non Autosufficienza; 6.6 - Prezzo annuo per la Copertura Temporanea Non Autosufficienza ; 6.7 - Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza; 7- Pacchetto Servizi di Assistenza; 8 - Prezzo; 10 - Dichiarazioni del Cliente-Assicurato; 11 – Conclusione ed efficacia del contratto; 14-Sospensione dei pagamenti; 15 - Ripresa dei pagamenti; 16 - Riduzione; 17 - Costi; 19 – Cessione di credito, pegno o vincoli; 21.1 – Nomina; 21.3 - Modalità di nomina modifica e revoca; 23.3 - Procedura; 24 - Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali; 30 – Richieste di Pagamento; 34 - Pagamento della Rendita Assicurata e del Capitale aggiuntivo una tantum per il caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato; 35 – Termini per il pagamento.

Firma del Contraente o suo Legale Rappresentante

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO

Cognome e nome dell'incaricato: _____

Codice matricola gestore: ____