

TARIFFA N. 172

Assicurazione temporanea in caso di morte e di insorgenza di malattia grave a capitale e premio annuo costante.

MODULO DI POLIZZA

Contratto n. CAB:
 Contraente-Assicurato:
 C.F.: Nato il: Età: Sesso:
 Residente a: CAP: Prov.:
 Indirizzo:
 Decorrenza:
 Durata: Scadenza:
 Capitale assicurato Caso Morte: EUR
 Capitale assicurato Grave Malattia: EUR
 L'assicurato è fumatore:
 Professione:
 Attività sportiva:
 Premio annuo: EUR
 Sovrapremio: EUR
 Sovrapremio: EUR
 Premio totale: EUR
 EUR Rata totalmente di rischio (ex art. 13 bis lett. f TUIR)
 Rata lorda:
Beneficiari:
 Il presente contratto è stato emesso senza visita medica

Contratto n. CAB:
 Contraente-Assicurato:
 C.F.: Nato il: Età: Sesso:
 Residente a: CAP: Prov.:
 Indirizzo:
 Decorrenza:
 Durata: Scadenza:
 Capitale assicurato Caso Morte: EUR
 Capitale assicurato Grave Malattia: EUR
 L'assicurato è fumatore:
 Professione:
 Attività sportiva:
 Premio annuo: EUR
 Sovrapremio: EUR
 Sovrapremio sanitario: EUR
 Premio totale: EUR
 EUR Rata totalmente di rischio (ex art. 13 bis lett. f TUIR)
 Rata lorda:
Beneficiari:
 Il presente contratto è stato emesso a seguito di valutazione del "rapporto di visita medica"

Contratto n.	CAB:
Contraente-Assicurato:	
C.F.:	Nato il: Età: Sesso:
Residente a:	CAP: Prov.:
Indirizzo:	
Decorrenza:	
Capitale assicurato Caso Morte: EUR	Durata: Scadenza:
Capitale assicurato Grave Malattia: EUR	
L'assicurato è fumatore:	Premio annuo: EUR
Professione:	Sovrapremio: EUR
Attività sportiva:	Sovrapremio sanitario: EUR
	Premio totale: EUR
Rata lorda:	EUR Rata totalmente di rischio (ex.art. 13bis lett., f TUIR)
Beneficiari:	
Il presente contratto è stato emesso a seguito delle dichiarazioni riportate nel "Questionario Sanitario"	

Il Contraente-Assicurato può revocare la proposta o recedere dal contratto secondo le modalità indicate nel set informativo. In caso di recesso la Società ha diritto di trattenere, dalle somme rimborsate al Contraente Assicurato, EUR 25 per gli oneri sostenuti per l'emissione del contratto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa l'Assicurando dichiara:

1. Che in base alla propria altezza, il proprio peso è compreso tra 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

2. di non essere stato ricoverato in ospedale o in casa di cura negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, adenotonsillectomia, erniotomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, correzione delle lesioni del menisco, frattura degli arti, parto, chirurgia estetica);
3. di non essersi 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 osteo-articolare (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;
4. di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici che abbiano dato esiti al di fuori della norma e di non essere in attesa di ricovero o intervento o di sottoporsi a visite specialistiche o accertamenti sanitari diagnostici;
5. di non fare uso regolare e continuativo di medicinali e di non averne mai assunti in tal modo negli ultimi dodici mesi;
6. di non godere di pensione per malattia o invalidità e di non averne fatto richiesta;
7. di non aver fatto uso regolare e continuativo, e non farne attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE-ASSICURATO SULLO STATO TABAGICO

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa l'Assicurando dichiara:

- a. aver preso visione dell'articolo "Definizione di non fumatore", riportata nelle Condizioni di Assicurazione;
- b. di non aver mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione e di non aver smesso di fumare dietro consiglio medico;
- c. stanti le dichiarazioni ai precedenti punti (a) e (b), sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- d. qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia **entro 30 giorni** mediante raccomandata.

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Copia per il Contraente

Pagina 2 di 3

ALTRE 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 sono 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 letto e compreso.

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. Non sono consentite e si intendono 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.

IL CONTRAENTE-ASSICURATO

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Marco Di Guida


AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL 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 alla lettera 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 dichiara di aver preventivamente preso visione e ricevuto, da parte dell'intermediario assicurativo [Nome dell'Intermediario], l'informativa sul distributore, il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto di investimento assicurativo e l'elenco delle regole di comportamento del distributore (ove la vendita sia stata conclusa al di fuori dei locali dell'intermediario ovvero tramite tecniche di comunicazione a distanza) di cui agli Allegati 3, 4 e 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018;

Il sottoscritto Contraente-Assicurato, inoltre, 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 del Contratto; 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

Il contratto è stato emesso e concluso il _____ in _____ con la firma del Contraente e dell'Assicurato. Il pagamento del premio unico di EUR _____ è stato effettuato con valuta _____ tramite bonifico bancario a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A.

Copia per il Contraente

Pagina 3 di 3