

PROPOSTA N:

Prodotto:

Cod. Banker:

Nome e Cognome Banker:

Accordo Commerciale:

Io sottoscritto, letto il Set Informativo, incluse le Condizioni di Contratto, firmo e sottopongo alla Compagnia questo Modulo di Proposta.

Contraente *Da compilare se il Cliente è una Persona Fisica*

Cognome e Nome – Codice fiscale/: _____

Età: _____ Data di Nascita: _____ Sesso: _____

Indirizzo di Residenza: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Domicilio: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Cittadinanza: _____

Altro Indirizzo di recapito postale: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Da compilare se Cliente è una Persona Giuridica

Denominazione: _____ PIVA: _____

Indirizzo: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Assicurato (se previsto dal Prodotto - quando diverso dal Cliente)*Da compilare se l'Assicurato è diverso dal Cliente*

Cognome e Nome – Codice fiscale/: _____

Età: _____ Data di Nascita: _____ Sesso: _____

Indirizzo di Residenza: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Domicilio: _____

Indirizzo: _____

1. Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

☐ Cittadinanza: _____

Altro Indirizzo di recapito postale: _____

Località: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Dati dell'eventuale Legale Rappresentante del Cliente

Cognome: _____ Nome: _____

Età: _____ Data di Nascita: _____ Sesso: _____

Indirizzo di Residenza: _____

Comune: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Domicilio: _____

Indirizzo: _____

Comune: _____ CAP: _____ Prov.: _____

Cittadinanza: _____

Beneficiario/(i) in caso di morte: *si rimanda al MODULO DESIGNAZIONE BENEFICIARIA*

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa

Durata contratto:

Vita intera

Primo Versamento

- Il Premio verrà investito nella Gestione Separata "Crédit Agricole Vita Più" 30% e nella Gestione Separata "Crédit Agricole Vita Equilibrio" rispettivamente per il 30% ed il 70%.

Versamento del Premio

Ordinante: Cognome _____ Nome: _____

Bonifico bancario IBAN ordinante _____

a favore di Crédit Agricole Vita S.p.A. sul seguente codice IBAN _____

Provenienza del denaro _____

Caratteristiche Del Premio:

- Primo minimo di sottoscrizione pari a € 300.000,00;
- Premio minimo versamento aggiuntivo € 50.000 trascorsi almeno 30 giorni dalla data di decorrenza.

SEZIONE DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI (prevista in caso di morte dell'Assicurato)☐ **DESIGNAZIONE SPECIFICA DEI BENEFICIARI PERSONA FISICA/GIURIDICA**

Di seguito sono riepilogati i dati relativi alla designazione del Beneficiario effettuata in qualità di Contraente del Contratto. E' possibile indicare i Beneficiari con Cognome e Nome (se persone fisiche) o denominazione (se persone giuridiche). Ricordiamo che in caso di mancata designazione specifica (nominativa) – e, in generale, in caso di mancata compilazione dei dati anagrafici dei beneficiari, ivi inclusi il codice fiscale e/o la partita IVA nonché i relativi recapiti, anche di posta elettronica - 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.

Segnaliamo inoltre che per ogni beneficiario individuato in forma nominativa, potrà essere prevista la figura del beneficiario in difetto ossia il soggetto, indicato dal Contraente, che nel caso di premorienza di un beneficiario specifico (indicato in forma nominativa) subentra come beneficiario del contratto. È possibile indicare fino a tre beneficiari in difetto per un singolo beneficiario specifico e scegliere la percentuale di beneficio destinata a ciascun beneficiario in difetto.

Anche in ipotesi di indicazione di uno o più beneficiari in difetto, nel caso in cui il Contraente abbia rinunciato per iscritto al potere di revoca ed il beneficiario specifico abbia dichiarato per iscritto di voler profittare del beneficio, essendo la designazione divenuta così irrevocabile, in caso di premorienza del beneficiario, la liquidazione verrà destinata agli eredi di quest'ultimo.

Il sottoscritto/a _____ Contraente della polizza _____ chiede che i beneficiari specifici (designati in forma nominativa) del contratto siano i seguenti:

Beneficiario 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP : _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____
Contatto: Si ☐ No ☐

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

CAP : _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 4

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 5

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

CAP : _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 6

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP : _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.



Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____



Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____



Beneficiario 7

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

CAP : _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

CAP: _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 8

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

Città: _____

Telefono: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

CAP : _____

Stato: _____

Email: _____

Nr. d'iscrizione: _____

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.



Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____



Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____



Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP: _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____



Beneficiario 9

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____

Codice fiscale/PIVA: _____

Legame Contraente: _____

Beneficio (%): _____

Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____

CAP : _____

Città: _____

Stato: _____

Telefono: _____

Email: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Nr. d'iscrizione: _____

Contatto: Si ☐ No ☐

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario 10

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP : _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____
Contatto: Si ☐ No ☐

*Le chiediamo di inserire il flag (SI/NO) per autorizzare la Compagnia ad inviare – prima dell'evento – comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali.

Beneficiario in difetto 1

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 2

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

Beneficiario in difetto 3

Cognome e Nome – Denominazione Ente: _____
Codice fiscale/PIVA: _____
Legame Contraente: _____
Beneficio (%): _____
Indirizzo Residenza/Sede Legale: _____ CAP: _____
Città: _____ Stato: _____
Telefono: _____ Email: _____
Luogo e Data di nascita: _____ Nr. d'iscrizione: _____

☐ **DESIGNAZIONE GENERICA**

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

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

☐ **NOMINA REFERENTE TERZO**

Il Contraente che manifesti esigenze specifiche di riservatezza può indicare un referente terzo, ossia una figura, diversa dal beneficiario a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato.

La figura del referente terzo è diversa da quella di beneficiario generico o specifico ed è funzionale ad accelerare la ricerca e l'identificazione del beneficiario indicato dal Contraente; perciò il referente terzo non percepisce alcuna liquidazione.

Dati del Referente Terzo (non può coincidere con il Beneficiario)

Cognome e Nome – Denominazione Azienda:

Codice Fiscale / P.IVA:

Indirizzo:

Telefono:

Email:

Il sottoscritto Contraente fa presente che il beneficio presente non risulta essere vincolato.

FIRMA DEL CONTRAENTE

Dichiarazione del Cliente (Assicurato)

La presente proposta potrà essere sottoscritta presso _____ oppure su piattaforme on line messe a disposizione dalla Banca Abilitata. In quest'ultimo caso al Cliente 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, la sottoscrizione della presente proposta dovrà essere effettuata mediante utilizzo di firma digitale remota resa disponibile dall'intermediario abilitato sopra indicato, previa sottoscrizione di apposito contratto.

Qualora le informazioni fornite dal Cliente siano non veritiere, inesatte o reticenti, questo comprometterebbe il diritto alla prestazione da parte della Compagnia che non avrebbe dato il suo consenso se avesse conosciuto il vero delle cose. 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 della Banca Abilitata. La revoca ha l'effetto di impedire la conclusione del contratto, se la comunicazione è stata effettuata o spedita prima dell'accettazione della Compagnia.

Recesso dal contratto

Il Cliente, entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto oggetto della presente proposta è concluso, può chiedere che ne cessino gli effetti (Recesso).

Per farlo, deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

Consegnata ad una delle filiali della Banca Abilitata, 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 dalla Banca Abilitata o dalla Compagnia, sia il Cliente che la Compagnia sono liberi da ogni obbligazione contrattuale.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia restituisce al Cliente 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/iselezionato/i (ove presenti) e il medesimo controvalore calcolato in base al corrispondente valore unitario delle quote rilevato alla data di decorrenza e trattiene gli eventuali costi previsti dal Set Informativo stesso.

Condizioni di garanzia

Conclusione del contratto – decorrenza delle coperture assicurative

L'incasso del Primo Versamento da parte della Compagnia costituisce conferma dell'accettazione della proposta e determina la conclusione (perfezionamento) del Contratto.

Il Contratto è efficace e le coperture previste sono attive, a condizione che sia stato corrisposto il Primo Versamento.

Dichiarazione del Cliente (Assicurato)

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 e questionario Sanzioni Internazionali 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 di aver ricevuto in tempo utile il Set informativo, inclusivo del KID, contenente le informazioni del prodotto che si intende sottoscrivere.

- DICHIARO di essere stato informato e di aver letto e compreso, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente modulo di proposta, le caratteristiche ed i rischi del Prodotto: _____ come descritti nel Set Informativo comprensivo di Condizioni Contrattuali e, che dichiaro di accettare integralmente. Per il caso in cui il Contratto sia sottoscritto nell'ambito di un sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dalla Banca Abilitata prendo atto che tale documentazione contiene le informazioni previste dagli artt. da 67 – quater a 67 – octies del Codice del Consumo.

- DICHIARO inoltre di aver ricevuto, tramite il Set Informativo e l'ulteriore documentazione elaborata dalla Banca Abilitata, le informazioni sulle caratteristiche del Prodotto stesso e sull'importo del premio totale da corrispondere.

- 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.

- DICHIARO di aver preventivamente preso visione e/o ricevuto da parte della Banca Abilitata il documento contenente le informazioni da rendere al Cliente prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta - Comunicazioni di comportamento dei soggetti abilitati alla distribuzione assicurativa di prodotti assicurativi, come da normativa vigente;

-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, 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 dalla Banca Abilitata.

Data e Luogo _____

Firma del Cliente
o suo Legale Rappresentante

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

Art.2 Versamenti; Art.3 Modalità di investimento; Art.7 Garanzie della Compagnia; Art.8 Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato; Art.10 Efficacia del Contratto; Art.11 Diritto di ripensamento (Recesso); Art.12 Pagamento anticipato al Cliente del Capitale Maturato (Riscatto); Art.13 Costi; Art.24 Obblighi e diritti derivanti dal Contratto; Art.25 Richieste di Pagamento; Art.28 Termini per il Pagamento.

Luogo e Data

Firma del Cliente
o suo Legale Rappresentante

Luogo e Data

Firma dell'Assicurato
o suo Legale Rappresentante

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 del presente modulo:

☐ di voler ricevere mediante supporto durevole non cartaceo

☐ di non voler ricevere mediante supporto durevole non cartaceo

Il Contraente 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 dello stesso.

La scelta relativa al supporto per l'invio della documentazione e delle comunicazioni in corso di contratto può essere modificata in qualsiasi momento comunicandola alla Compagnia o al Banca Abilitata.

Firma del Contraente

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 le prestazioni 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, inclusi eventuali dati di minori di età, 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, 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 le prestazioni assicurative. 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.

Inoltre, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, 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.

I dati personali dei beneficiari necessari alla definizione del rapporto assicurativo sono conferiti dal contraente al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo.

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 distinti Titolari.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1.1 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 consortili 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);

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

4 Trasferimento di dati personali in Paesi fuori dallo Spazio Economico Europeo

I Suoi dati personali potranno essere trasferiti esclusivamente per le finalità di cui al punto 1, prevalentemente verso paesi Europei. I dati personali potrebbero tuttavia essere trasferiti verso paesi fuori dallo Spazio Economico Europeo. Ogni 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 collocati fuori dallo Spazio Economico Europeo - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avvengono 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.

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 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

Ai sensi dell'art. 6.1 lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") dichiara di aver preso visione dell'Informativa.

Dichiaro di rilasciare il mio libero consenso al trattamento dei dati ex art. 9 GDPR.

SI

NO

DOPO LA COMPILAZIONE LA PROPOSTA DEVE ESSERE FOTOCOPIATA IN N. 3 ESEMPLARI (CONTRAENTE/BANCA/COMPAGNIA)