

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO A: AMUNDI SGR SPA via Form-mail in WWW.SECONDAPENSIONE.IT sezione [CONTATTI](#)
E L'ORIGINALE CARTACEO a: CRÉDIT AGRICOLE VITA VIA TORTONA, 33 – 20144 MILANO

MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE COPERTURE ASSICURATIVE ACCESSORIE
erogate da *Crédit Agricole Vita S.p.A.*

Cognome e nome		codice fiscale (ALLEGARE FOTOCOPIA)					
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	Luogo di nascita			Provincia	Nazionalità	
Documento d'identità tipo (ALLEGARE FOTOCOPIA)	Numero	Data emissione	Luogo emissione			Ente di rilascio	
Residenza	Indirizzo		Cap	Località		Prov (sigla)	
Recapito corrispondenza (se diverso da residenza)	Indirizzo		Cap	Località		Prov (sigla)	

Il sottoscritto chiede di attivare le coperture accessorie al Fondo Pensione, consapevole del relativo costo aggiuntivo e delle prestazioni assicurate disciplinate nelle Condizioni di assicurazione allegate al Regolamento del Fondo (consultabile sul sito del Fondo - Sez. Documentazione/Scheda Costi e Documenti Legali), in base alla combinazione e al Capitale assicurato prescelto come di seguito. Fermo restando che in caso di morte il beneficiario della copertura assicurativa coincide con il beneficiario del fondo pensione.

ATTENZIONE: BARRARE UNA SOLA DELLE TRE OPZIONI DISPONIBILI

<input type="checkbox"/> COPERTURA CASO MORTE (TCM) In caso di età superiore a 64 anni e 6 mesi l'attivazione della copertura sarà sempre preceduta dall'invio di specifico questionario sanitario per consentire a Credit Agricole Vita S.p.A. le necessarie valutazioni assuntive e la conseguente accettazione/rifiuto (sottoscrivibile da 18 a 70 anni e 6 mesi)	<input type="checkbox"/> COPERTURA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (TCM+ITP) (sottoscrivibile da 18 a 65 anni e 6 mesi)	<input type="checkbox"/> LONG TERM CARE CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) L'attivazione della copertura sarà preceduta dall'invio di specifico questionario sanitario per consentire a Credit Agricole Vita S.p.A. le necessarie valutazioni assuntive e la conseguente accettazione/rifiuto. (sottoscrivibile da 18 a 65 anni e 6 mesi)
<input type="checkbox"/> 75.000,00€ <input type="checkbox"/> 150.000,00€	<input type="checkbox"/> 75.000,00€ <input type="checkbox"/> 150.000,00€	<input type="checkbox"/> 75.000,00€

All'atto dell'accettazione da parte della Compagnia, AMUNDI SGR comunicherà l'ammontare del premio e le coordinate bancarie ove effettuare il pagamento, e successivamente al medesimo invierà conferma di attivazione, delle coperture accessorie prescelte.








DICHIARAZIONI (solo per TCM o TCM + ITP)

- Il sottoscritto dichiara lo stato di buona salute e di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essersi sottoposto a cure o trattamenti per: tumori (compresa leucemia, linfomi, linfadenopatie), angina pectoris, infarto miocardico, attacco ischemico transitorio (TIA), ictus, ipertensione non controllata, enfisema, broncopneumopatia cronica, epatite B o C, cirrosi epatica, diabete, insufficienza renale, bronchite cronica, epilessia, sclerosi multipla, artrite reumatoide, HIV o malattie HIV-correlate, traumi o infortuni con postumi. Dichiaro inoltre di non essere in attesa di ricovero o di doversi sottoporre ad accertamenti sanitari diagnostici e di non essere parzialmente o totalmente inabile al lavoro a causa di una malattia o di un infortunio, né di esserlo stato per più di 21 giorni, anche non consecutivi, durante gli ultimi 2 anni. Infine dichiaro di non essere titolare di un assegno di invalidità/inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerlo. Si ricorda che l'aderente può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.
- Il sottoscritto non è in grado di dichiarare lo stato di buona salute o di cui al punto precedente e richiede, ai fini della richiesta di attivazione delle coperture (TCM, TCM+ITP), che gli venga inviato il questionario sanitario su modello fornito dalla Compagnia per compilazione e per consentirle le necessarie valutazioni assuntive e la conseguente accettazione/rifiuto.

Il Sottoscritto: - conferma altresì che le dichiarazioni rese sopra sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza tale che la Compagnia di assicurazioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni; - è consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'adesione a qualsiasi delle coperture assicurative previste nel presente modulo non sarà valida e le Prestazioni assicurate non dovute; -proscioglie dal segreto professionale i medici e gli Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Compagnia di Assicurazione, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni; - riconosce, inoltre, che la mancata sottoscrizione di dette dichiarazioni/questionari non darà luogo all'attivazione delle coperture.

Luogo e Data _____ **Firma dell'Aderente o del legale rappresentante** _____

INFORMATIVA PRIVACY Crédit Agricole Vita

	IDENTITÀ DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO	Il titolare del trattamento è Crédit Agricole Vita (d'ora in poi, il " Titolare "), con sede legale in Via Università 1 - 43121 Parma IT e sede amministrativa in Via Imperia, 35 - 20142 Milano, IT			
	DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI	Il responsabile della protezione dei dati di Crédit Agricole Vita è reperibile all'indirizzo e-mail: dataprotection@ca-vita.it			
	DATI PERSONALI RACCOLTI	<ul style="list-style-type: none"> Dati identificativi: dati anagrafici, e-mail e indirizzo di residenza. Dati c.d. "appartenenti a categorie particolari" qualora si sia necessario, in fase di sottoscrizione per la valutazione di assicurabilità Dati c.d. "appartenenti a categorie particolari" per gestire eventuali richieste di liquidazione 			
	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO		BASE GIURIDICA PER IL TRATTAMENTO		PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI
1.	Gestione del contratto assicurativo	Esecuzione del contratto		10 anni dopo la fine del rapporto contrattuale come da normativa applicabile	
2.	Elaborazione di eventuali richieste in fase di post-vendita				
3.	Prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché per azioni legali in conformità alle disposizioni in materia di finanziamento del terrorismo	Legittimo interesse		10 anni dopo la fine del rapporto contrattuale come da normativa applicabile	
4.	Adempimento di un obbligo di legge, regolamento, normativa europea o normativa internazionale laddove applicabile	Obbligo legale		10 anni dopo la fine del rapporto contrattuale come da normativa applicabile	
5.	Raccolta di dati sanitari per la verifica dell'assicurabilità, ove necessario	Consenso al trattamento raccolto durante la fase di sottoscrizione		Fino alla revoca del tuo consenso	
6.	Raccolta di dati sanitari per la gestione di richieste di liquidazione	Consenso al trattamento raccolto per gestire le sue richieste di liquidazione		Fino alla revoca del tuo consenso	
	DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI	<p>Al fine di perseguire le finalità del trattamento indicate, i dati personali potranno essere comunicati a varie tipologie di soggetti, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti di volta in volta applicabili; I suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui ai punti 1, 2, 5 e 6. o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, medici, 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; organismi associativi 			
	TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI	I suoi dati personali non saranno trasferiti verso paesi terzi rispetto a quelli facenti parte dello Spazio Economico Europeo.			
	DIRITTI DEGLI INTERESSATI	Può esercitare specifici diritti in relazione al trattamento dei suoi dati personali, quali, ad esempio, il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione al trattamento. Può esercitare i suoi diritti, inviando un'email al responsabile per la protezione dei dati del Titolare (dataprotection@ca-vita.it).			
	DIRITTO DI PRESENTARE UN RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO	Se ritiene che i suoi dati personali siano stati trattati in modo illecito, ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità Garante Per La Protezione Dei Dati Personali (https://www.garanteprivacy.it/).			
	CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI	<ul style="list-style-type: none"> Ai fini dell'esecuzione del rapporto contrattuale, il conferimento dei Dati avviene al momento della sottoscrizione del contratto o in fase di post-vendita Per quanto riguarda la finalità 5 e 6, l'acquisizione dei dati personali è subordinata all'acquisizione del suo consenso libero ed espresso. Il rifiuto di fornire i Dati non consente, però, di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale o gestire una richiesta di liquidazione. 			
	ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO	I dati personali raccolti non saranno soggetti ad un processo decisionale automatizzato.			