Amundi Investment Solutions

SecondaPensione

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO A: AMUNDI SGR SPA via Form-mail in WWW.SECONDAPENSIONE.IT sezione CONTATTACI**
**E L'ORIGINALE CARTACEO a: CRÉDIT AGRICOLE VITA CORSO DI PORTA VIGENTINA 9 – 20122 MILANO**

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cognome e nome | | | codice fiscale (ALLEGARE FOTOCOPIA) | | |
| Sesso ☐ M ☐ 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***

| ☐ **COPERTURA CASO MORTE (TCM)** | ☐ **COPERTURA CASO MORTE E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (TCM+ITP)** | ☐ **LONG TERM CARE CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)** |
|---|---|---|
| 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 | | 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 70 anni e 6 mesi) | (sottoscrivibile da 18 a 65 anni e 6 mesi) | (sottoscrivibile da 18 a 65 anni e 6 mesi) |
| ☐ **75.000,00€** | ☐ **75.000,00€** | |
| ☐ **150.000,00€** | ☐ **150.000,00€** | ☐ **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, linfoadenopatie), 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. Dichiara 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 dichiara 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***_____

Amundi Investment Solutions

SecondaPensione

# 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** | • Dati identificativi: dati anagrafici, e-mail e indirizzo di residenza.<br>• Dati c.d. "appartenenti a categorie particolari" qualora si sia necessario, in fase di sottoscrizione per la valutazione di assicurabilità<br>• 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** | Al fine di perseguire le finalità del trattamento indicate, i dati personali potranno essere comunicati a varie tipologie di soggetti, tra cui:<br>• Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti di volta in volta applicabili;<br>• 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** | • Ai fini dell'esecuzione del rapporto contrattuale, il conferimento dei Dati avviene al momento della sottoscrizione del contratto o in fase di post-vendita<br>• 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. |