FONDO PENSIONE
CRÉDIT AGRICOLE ITALIA

Versione 02 aggiornata al 01/11/2023

Spett.le
FONDO PENSIONE GRUPPO
BANCARIO CREDIT AGRICOLE ITALIA
Crédit Agricole Green Life
Via La Spezia 138/A 43126 PARMA

RICHIESTA DI ESTENSIONE VOLONTARIA DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE

Il/ La sottoscritto/a _____

matr. _____ Società _____

Codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) CAP _____

Via _____ n° _____

Indirizzo e-mail _____ cell. _____

DICHIARA

- di essere iscritto al Fondo Pensione Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia e di essere destinatario/a della copertura accessoria di base
- di aver preso visione del contenuto della Convenzione n. 60024
- sotto la propria responsabilità, che quanto riportato nel presente modulo corrisponde a verità e si impegna a segnalare al Fondo Pensione e al Datore di Lavoro eventuali discrepanze tra i dati qui riportati e i dati rilevabili dalla busta paga in riferimento al premio da pagare
- di essere consapevole che, al fine di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'Assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione, da parte della Compagnia di Assicurazione, del rischio relativo alla presente assicurazione, anche ai fini degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile

CHIEDE

di poter incrementare la copertura assicurativa di base scegliendo la prestazione

- ☐ solo caso morte (TCM)
- ☐ caso morte e invalidità (TCM + ITP)

del capitale di Euro* _____ relativa all'anno _____ e a tale proposito allega ala presente la relativa documentazione medica richiesta:

- ☐ Questionario sanitario breve
- ☐ Questionario sanitario breve e rapporto di visita medica
- ☐ Questionario sanitario breve, rapporto di visita medica, esame completo urine, esame completo del sangue e ECG a riposo

AUTORIZZA

il Datore di Lavoro ad effettuare la trattenuta del premio da pagare nella prima busta paga utile e il Fondo Pensione a rinnovare automaticamente di anno in anno la presente copertura, salvo comunicazione di rinuncia da parte dell'aderente o modifica della Convenzione attualmente in corso.

ALLEGARE UNA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'.

_____ _____
(data) *(firma)*

**Min. 25.000 Euro e Max. 500.000 Euro (il capitale assicurabile dovrà essere pari a multipli di 25.000,00 Euro e sommato al capitale delle altre coperture presenti nel portafoglio della stessa Compagnia, esclusa la Convenzione base, non deve superare il capitale massimo).*