CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

CHECKLIST – NUOVA SOTTOSCRIZIONE (FIDUCIARIA)

In vigore dal 01/11/2026

DATI OBBLIGATORI
Numero di Proposta: _____
Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____
Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Di seguito sono elencati tutti i documenti necessari per creare un dossier completo per una nuova sottoscrizione.

Tale elenco potrebbe non essere esaustivo, pertanto la Compagnia è autorizzata a richiedere qualsiasi altro documento complementare che dovesse ritenere utile per il completamento del dossier.

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

Documenti standard	Numero di copie	Inviato
Modulo di Proposta - Fiduciaria compilato e firmato da ciascun Rappresentante legale del Contraente e dal Distributore assicurativo	1	☐
Informazioni sullo stato di salute dall'Assicurato firmato da ciascun Assicurato/ Fiduciante	1 per Assicurato/ Fiduciante	☐
Certificato medico nel caso in cui l'Assicurato intenda avvalersi del diritto all'oblio oncologico	1 per Assicurato/ Fiduciante	☐
Dossier Informativo – **Fiduciaria** compilato e firmato da ciascun Rappresentante legale del Contraente, dalla Persona fisica collegata al Contraente, dall'Assicurato/Fiduciante e dal Distributore assicurativo	1	☐
Documenti giustificativi obbligatori		
Estratto della camera di commercio o visura camerale o certificato camerale emessi da meno di tre mesi	1	☐
Copia dello statuto/documenti in vigore (o documento equivalente) datata e certificata dal Rappresentante legale	1	☐
Registro degli azionisti con una partecipazione superiore al 10%	1	☐
Copia autentica della procura che attesti i poteri di firma o verbale dell'assemblea generale straordinaria che lo specifica, (che contiene lo specimen firma e i loro documenti d'identità conformi all'originale)	1	☐
Copia dello stato patrimoniale e del conto economico dell'esercizio precedente (sotto forma di fascicolo fiscale)	1	☐
Lista delle firme autorizzate e la copia del documento di identità (leggibile e con foto chiara) in corso di validità di tutti i Rappresentanti Legali e delle Persone fisiche collegate al Contraente e dell'Assicurato/Fiduciante, datata e certificata "conforme all'originale" dal Distributore assicurativo	1	☐
Estremi del conto bancario che riceverà gli addebiti aperto a nome del Contraente	1	☐
Estremi del conto corrente bancario del Contrante: IBAN-BIC indicato nel Modulo di proposta ove sia indicato un saldo sufficiente per la detrazione del Premio Unico Iniziale	1	☐
Documento che consente di spiegare e giustificare l'origine economica dei fondi *(es: Scadenza o riscatto da un investimento, vendita di immobili ecc…)*	1	☐
Offerta di tariffazione o accordo della persona abilitata nel caso di deroga tariffaria (tasso maggiorato, costi, soglia, ecc.)	1	☐

Casi particolari – Documenti complementari da trasmettere a seconda dei casi			
Assicurato/Fiduciante con più di 85 anni	**Dichiarazione del Contraente** - Conoscenza dei rischi	1	☐
	Attestazione del Distributore assicurativo	1	☐
Sottoscrizione di: ▪ **un'Entità non finanziaria estera (non statunitense) passiva** ▪ **un'Istituzione finanziaria estera (non statunitense**)	Modulo FATCA W-8BEN-E.	1	☐
Sottoscrizione di una Copertura in caso di decesso opzionale	**Formalità mediche**[1] se necessarie	1	☐
Creazione di un Fondo interno dedicato (FID)	**Modulo Fondo Interno Dedicato (FID) e Allegati** se necessario, compilati e firmati da ciascun Contraente ed Assicurato/Fiduciante (se diverso dal Contraente)	1 per Contraente/ Assicurato/Fiduciante	☐
Creazione di un Fondo interno collettivo (FIC)	**Regolamento del Fondo Interno Collettivo (FIC) compilato** e firmato da ciascun Contraente ed Assicurato (se diverso dal Contraente)	1 per Contraente/ Assicurato/Fiduciante	☐
Documenti del Distributore assicurativo			
Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità datata e certificata "conforme all'originale"		1	☐
Dichiarazione di rispondenza e di adeguatezza del Distributore assicurativo.		1	☐

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tel. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

[1] Le formalità mediche devono essere trasmesse dall'Assicurato/Fiduciante direttamente alla Compagnia e separatamente dal resto del Modulo di Proposta.

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

CALIE Life Orizzonte (I)

Prodotto d'investimento assicurativo di tipo multiramo

MODULO DI PROPOSTA

Fiduciaria

Versione Novembre 2026

CALIE Life Orizzonte (I)

MODULO DI PROPOSTA

FIDUCIARIA

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Proposta: _____

Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____

Cognome e nome del Distributore assicurativo_____

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

1. IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

	Contraente: Fiduciaria
Denominazione sociale	
Forma giuridica	
Partita IVA/Codice Fiscale	
Indirizzo della sede legale	
Codice postale	
Città	
Stato	
Mandato fiduciario n°	
Mandato fiduciario in vigore dal	

2. IDENTIFICAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

	1° Rappresentante Legale[1]	2° Rappresentante Legale[1]
Titolo	☐ Signor ☐ Signora	☐ Signor ☐ Signora
Cognome		
Nome		
Cognome da nubile		
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
Comune di nascita		
Stato di nascita		

3. IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE

	1° Assicurato/Fiduciante[2]	2° Assicurato/Fiduciante[2]
Titolo	☐ Signor ☐ Signora	☐ Signor ☐ Signora
Cognome		
Nome		
Cognome da nubile		
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
Comune di nascita		
Stato di nascita		
Nazionalità		

[1] Allegare la fotocopia fronte-retro del documento d'identità in corso di validità di ciascun Rappresentante legale, certificata, conforme all'originale e datata dal Distributore assicurativo.

[2] Allegare la fotocopia fronte-retro del documento d'identità in corso di validità di ciascun Assicurato/Fiduciante, certificata, conforme all'originale e datata dal Distributore assicurativo.

Indirizzo di residenza		
Codice postale		
Città		
Stato		

Nota bene! **Il Contraente può indicare nel Modulo di Proposta uno (1) o due (2) Assicurati.**

4. COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni contrattuali dovranno essere trasmesse al Contraente all'indirizzo di residenza o domicilio, a scelta del Contraente stesso.

Il Contraente desidera ricevere la corrispondenza (si prega di selezionare una delle seguenti opzioni):

☐ indirizzo di residenza del Contraente;

☐ indirizzo di domicilio (da compilare):

Via: _____ N° civico _____

Codice postale: _____Città: _____ Stato: _____

Il Contraente prende atto che l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto all'indirizzo di domicilio è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo di residenza e la Compagnia non potrà essere ritenuta responsabile in merito a tale scelta.

Tuttavia, la Compagnia, a sua discrezione e laddove lo reputi necessario, potrebbe trasmettere tutta la documentazione all'ultimo indirizzo di residenza del Contraente.

5. BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO

Particolare attenzione deve essere prestata alla designazione del Beneficiario, al fine di agevolare l'identificazione alla Compagnia e facilitare il pagamento della Prestazione assicurativa.

Il Contraente designa il Beneficiario in forma nominativa oppure in forma generica, secondo le indicazioni fornite dall'Assicurato/Fiduciante. La designazione del Beneficiario può essere disposta anche tramite atto depositato presso un Notaio o per testamento. **In caso di designazione del Beneficiario nel testamento o tramite clausola notarile, si raccomanda al Contraente di indicare con precisione il Contratto (numero e denominazione), il Beneficiario designato e le eventuali percentuali di ripartizione**.

In caso di designazione del Beneficiario in forma nominativa, devono essere fornite tutte le informazioni richieste dalla Compagnia che le utilizzerà in caso di decesso dell'Assicurato/Fiduciante.

Il Contraente può modificare/revocare i Beneficiari secondo le istruzioni dell'Assicurato/Fiduciante in qualsiasi momento comunicandolo alla Compagnia.

Qualora il Contraente proceda alla contemporanea designazione del Beneficiario sia in forma nominativa che in forma generica selezionando le corrispondenti caselle del presente Modulo di Proposta, la designazione del Beneficiario in forma nominativa prevale su quella generica.

1. ☐ Designazione del Beneficiario in forma nominativa

Il Contraente nomina il Beneficiario di seguito indicato che avrà diritto alla Prestazione assicurativa prevista dal Contratto nella misura indicata di seguito. **Si prega di verificare che la percentuale corrisponda al 100% (cento per cento).**

Beneficiario 1

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 2

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 3

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

Beneficiario 4

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

Nazionalità: _____

Codice fiscale: _____

E-mail: _____

Percentuale della Prestazione assicurativa: _____%

Relazione con il Beneficiario:

☐ Familiare: _____

☐ Altro: _____

- **Qualora uno dei Beneficiari designati deceda in corso di Contratto, prima del decesso dell'Assicurato/Fiduciante, e non sia designato un nuovo Beneficiario, la quota di sua spettanza andrà a beneficio degli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario premorto in parti uguali tra loro.**
- **In caso di decesso del Beneficiario dopo il verificarsi del decesso dell'Assicurato/Fiduciante, ma prima che la Compagnia gli abbia versato la quota di sua spettanza, il beneficio dovutogli sarà versato in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario deceduto. In assenza di eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario deceduto, la quota di Prestazione assicurativa spettante al Beneficiario deceduto sarà devoluta in parti uguali agli altri Beneficiari.**

AVVERTENZE

In caso di mancata indicazione dei Beneficiari in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare al decesso dell'Assicurato/Fiduciante maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

Il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento assicurato: ☐ Sì ☐ No

Se la risposta è No, il Beneficiario potrà ricevere comunicazioni dalla Compagnia prima dell'evento, ovvero prima del decesso dell'Assicurato/Fiduciante.

Nel caso in cui il Contraente non selezioni nessuna casella, la Compagnia escluderà il Beneficiario da qualsiasi comunicazione.

Nel caso in cui la Compagnia possa inviare le comunicazioni anche al Beneficiario designato in forma nominativa, il Contraente:

- Prende atto ed accetta che tali obblighi saranno adempiuti dalla Compagnia mediante le medesime modalità d'invio messe a disposizione per il Contraente.
- Riconosce che gli obblighi di invio saranno eseguiti soltanto nei confronti del Beneficiario noto alla Compagnia e presso i recapiti a questa comunicati. In tal senso il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia ogni eventuale variazione o revoca del Beneficiario ed a informare tempestivamente la Compagnia in merito alla modifica dei rispettivi recapiti.

2. ☐ Designazione del Beneficiario in forma generica (selezionare una sola casella):

2.1 ☐ Gli eredi legittimi o testamentari del primo Assicurato/Fiduciante che decede:

a ☐ in parti uguali fra loro

b ☐ secondo le quote previste dalla normativa sulle successioni ereditarie

Qualora il Contraente non effettui alcuna scelta si applicherà di default l'opzione a (in parti uguali fra loro).

2.2 ☐ Clausola beneficiaria depositata presso il Notaio:

Nome e Cognome: _____,

il cui studio è ubicato in (indirizzo)_____.

In assenza di clausola beneficiaria depositata presso il Notaio la prestazione assicurativa sarà devoluta in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato/Fiduciante.

2.3 ☐ Clausola beneficiaria libera:

Il Contraente dovrà compilare di seguito la clausola beneficiaria precisando il nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e recapito di ciascun Beneficiario designato (in caso di necessità allegare al presente Modulo di proposta la clausola beneficiaria redatta su un foglio debitamente datato e firmato anche dall'Assicurato/Fiduciante).

In assenza di uno dei Beneficiari designati per la quota di sua spettanza, subentreranno gli eredi legittimi e/o testamentari del Beneficiario in parti uguali, in mancanza gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato/Fiduciante in parti uguali.

_____

_____

_____

3. ☐ Qualora manifesti specifiche esigenze di riservatezza, il Contraente, su indicazione dell'Assicurato/Fiduciante, può indicare i dati necessari per l'identificazione di un Referente terzo (diverso dal Beneficiario) a cui la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato/Fiduciante.

Referente terzo: _____

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Indirizzo di residenza: _____

E-mail: _____

Telefono: _____

Il Contraente, a tal proposito, si impegna sotto la propria responsabilità e sollevando la Compagnia da ogni responsabilità dovesse derivare in seguito al proprio inadempimento a**:**

- conferire specifico incarico al Referente terzo individuato e ad impartire allo stesso le istruzioni necessarie per

supportare la Compagnia al fine di contattare il Beneficiario;
- consegnare al Referente terzo copia dell'informativa sulla Protezione dei Dati Personali;
- informare la Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R, in caso di revoca dell'incarico oppure nel caso in cui il Referente terzo dovesse rinunciare all'incarico. La revoca del Referente terzo sarà valida dal momento in cui la Compagnia riceverà la summenzionata lettera raccomandata A/R;
- informare tempestivamente la Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R, dei dati di identificazione nonché dei dati di contatto del Referente terzo qualora dovesse cambiare in corso di Contratto. La modifica del Referente terzo sarà valida dal momento in cui la Compagnia riceverà la summenzionata lettera raccomandata A/R.

6. OBIETTIVI DELLA SOTTOSCRIZIONE

Scopo dell'Assicurato/Fiduciante (diverse opzioni possibili)

☐ Reddito complementare (pensione integrativa, ecc…)
☐ Pianificazione di una successione
☐ Valorizzazione del patrimonio
☐ Risparmio a scopo prudenziale
☐ Utilizzo del Contratto come strumento di garanzia (Pegno/cessione…)
☐ Preparazione di un progetto (specificare): _____
☐ Altro (specificare): _____

Obiettivo dell'investimento dell'Assicurato/Fiduciante (una sola scelta possibile)

☐ Conservazione del capitale ☐ Crescita limitata ed esposizione moderata al rischio ☐ Crescita dinamica ed esposizione significativa al rischio

Orizzonte temporale dell'Assicurato/Fiduciante (una sola scelta possibile)

☐ < 3 anni ☐ da 3 a 8 anni ☐ > 8 anni

7. CLASSIFICAZIONE DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE E DEL CONTRATTO

1. Informazioni sull'Assicurato/Fiduciante

1° Assicurato/Fiduciante

Importo complessivo dei Contratti di assicurazione vita sottoscritti presso la Compagnia: _____
Patrimonio in valori mobiliari[3]:

☐ < 250.000€[4] ☐ tra 250.000€[4] e 500.000€[4] ☐ tra 500.000€[4] e 1.250.000€[4]
☐ tra 1.250.000€4 e 2.500.000€[4] ☐ > 2.500.000€[4]

L'Assicurato/Fiduciante ed il Contrante sono informati che i FID sono accessibili solo per gli Assicurati/Fiducianti che dichiarano di possedere un patrimonio in valori mobiliari superiore a 250.000€[4].

2° Assicurato/Fiduciante

Importo complessivo dei Contratti di assicurazione vita sottoscritti presso la Compagnia:
Patrimonio in valori mobiliari[3]:

☐ < 250.000€[4] ☐ tra 250.000€[4] e 500.000€[4] ☐ tra 500.000€[4] e 1.250.000€[4]
☐ tra 1.250.000€[4] e 2.500.000€[4] ☐ > 2.500.000€[4]

L'Assicurato/Fiduciante ed il Contraente sono informati che i FID sono accessibili solo se gli Assicurati/Fiduciante dichiarano di possedere un patrimonio in valori mobiliari superiore a 250.000€[4].

2. Richiesta di nuova classificazione

L'Assicurato/Fiduciante può richiedere di essere classificato in una categoria inferiore a quella disciplinata nella Guida ai Supporti e ai Fondi del Contratto delle Condizioni di Assicurazione, selezionando una delle seguenti categorie:

☐ Categoria N ☐ Categoria A ☐ Categoria B ☐ Categoria C

Il Contraente è informato che tale classificazione si applica all'insieme dei Fondi espressi in quote del Contratto.

[3] S'intende il Valore complessivo degli strumenti finanziari posseduti dall'Assicurato/Fiduciante maggiorato dei depositi bancari e dei Contratti di assicurazione vita, al netto dei qualsiasi debito. Il Patrimonio in valori mobiliari che fa parte di una comunione dei beni deve essere considerato per metà, mentre i debiti devono essere considerati nella loro totalità.
[4] O equivalente in altra valuta.

3. Origine economica dei fondi destinati al versamento del Premio Unico iniziale (diverse opzioni possibili[5])

Natura	Descrizione	Data dell'evento[6]	Importo dell'evento
☐ **Redditi**	Natura dei redditi: _____ _____	Non applicabile	_____€[7]
☐ **Risparmio**	Origine economica dei risparmi (professionali, familiari ecc…): _____ _____ _____	Non applicabile	_____€[7]
☐ **Donazione**	Nome e cognome del donatore: _____ Legame di parentela con il donatore: _____ Professione e funzione del donatore: _____ _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Successione**	Nome e cognome del defunto: _____ Legame di parentela con il defunto: _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Cessione d'impresa**	Percentuale ceduta: _____ % Denominazione della società ceduta: _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Vendita di beni immobili**	Indirizzo del bene venduto: _____ _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Vendita di titoli**	☐ Vendita di titoli o di altri beni mobiliari/Vendita di azioni di società ☐ Vendita di titoli derivanti da stock option o da azioni gratuite	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Contratto di assicurazione vita**	Denominazione e indirizzo della Compagnia: _____ _____ _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Indennità varie**	Natura delle indennità (decesso, invalidità, divorzio, licenziamento ecc…): _____ _____ _____	___/___/_____	_____€[7]
☐ **Altra origine dei fondi**	*Specificare:* _____ _____	___/___/_____	_____€[7]

[5] Allegare uno o più documenti per spiegare e giustificare l'origine dei fondi.
[6] Specificare la data dell'evento (donazione, successione, cessione, vendita, ecc...).
[7] O equivalente in altra valuta.

8. VERSAMENTO ED INVESTIMENTO DEL PREMIO UNICO INIZIALE

1. Valuta di riferimento del Contratto

☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF

La valuta di riferimento del Contratto resterà in vigore per tutta la vita del Contratto.

In mancanza di scelta, la valuta di riferimento del Contratto sarà la valuta del pagamento del Premio unico iniziale.

2. Importo e valuta del Premio Unico iniziale

Importo del Premio lordo versato: Valuta del Premio: ☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF

3. Modalità di pagamento del Premio Unico inziale alla sottoscrizione

Il versamento sarà effettuato mediante bonifico bancario.

Il pagamento verrà effettuato presso il conto corrente fornito dalla Compagnia dopo l'accettazione del Modulo di proposta.

Identificazione del conto corrente di provenienza del bonifico

Denominazione dell'istituto bancario: Denominazione dell'istituto bancario: _____

Stato: _____

☐ Conto (personale) del Contraente IBAN: _____

Tipo di conto corrente

☐ Conto legato al mandato fiduciario

☐ Conto raccolta Fiduciaria

Prima del mandato fiduciario le somme utilizzate per il pagamento del premio sono state detenute all'estero dall'Assicurato/Fiduciante: ☐ Sì ☐ No

4. Allocazione del Premio Unico iniziale alla sottoscrizione

Supporto espresso in valuta		**% del Premio**
Supporto Euro Select		%
Fondi Interni Dedicati		
FID	**Denominazione FID**	**% del Premio**
FID 1 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 2 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 3 (Compilare il Modulo FID)		%
FID 4 (Compilare il Modulo FID)		%
Fondi Interni Collettivi/Fondi Esterni		
ISIN	**Denominazione**	**% del Premio**
		%
		%
		%
		%
		%
		%
TOTALE		**100%**

L'importo minimo del Premio Unico iniziale è di 500.000€ (cinquecentomila euro o equivalente nella valuta del pagamento), Costi d'ingresso inclusi, tenendo presente le seguenti specificità:

- in caso di investimento nel Supporto Euro Select, l'importo minimo non può essere inferiore a 50.000€ (cinquantamila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi;
- in caso di investimento in uno o più FID, l'importo minimo non può essere inferiore a 300.000€ (trecentomila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi;
- in caso di investimento in uno o più Fondi esterni, o uno o più FIC l'importo complessivo non può essere inferiore a 50.000€ (cinquantamila euro o equivalente nella valuta del pagamento) Costi d'ingresso inclusi, ed in particolare, l'investimento in ogni Fondo esterno o FIC deve essere di almeno 10.000€ (diecimila euro o nella valuta del pagamento).

9. COSTI DEL CONTRATTO

- **Costi d'ingresso per il Premio Unico iniziale alla sottoscrizione:** _____ % (max **1**%)
- **Costi di gestione del Contratto:**
  - **Supporto Euro Select** _____ % annua (max 1%)
  - **FIC/Fondi esterni** _____ % annua (max 1%)
  - **FID**
    - Costi di gestione amministrativa
      - FID 1 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 2 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 3 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
      - FID 4 _____ % annua (max 1%) con un minimo di 625€ a trimestre
    - Costi di gestione finanziaria
      - FID 1 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 2 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 3 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)
      - FID 4 _____ % annua ☐ IVA inclusa[8] ☐ IVA esclusa (max 1.5% per anno IVA inclusa)

Nota bene!

Una parte dei Costi di gestione amministrativa del Contratto potrebbe essere retrocessa al Distributore assicurativo quale remunerazione per la sua attività di distribuzione, salvo che questo non abbia previamente informato la Compagnia, in merito all'eventuale pagamento a mezzo onorario direttamente dal Contraente.

- **Costi di riscatto:**
  - **Supporto espresso in valuta (una sola scelta possibile):**

☐ Prelievo dei costi di riscatto per tre (3) anni: in caso di Riscatto prima di tre (3) anni dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta i Costi di riscatto sono prelevati dal controvalore riscattato al tasso del 3,60%, che decresce dello 0,10% per ogni mese trascorso dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta.

☐ Prelievo dei costi di riscatto per cinque (5) anni: in caso di riscatto prima di cinque (5) anni dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta, i Costi di riscatto sono prelevati dal controvalore riscattato al tasso del 3%, che decresce dello 0,05% per ogni mese trascorso dalla data dell'investimento nel Supporto espresso in valuta. (Opzione predefinita)

  - **Fondi espressi in quote: non applicabile**

Costi di switch: max 0.60% sull'importo disinvestito nei seguenti casi:

- Switch dal Supporto espresso in valuta verso Fondi espressi in quote
- Switch dai Fondi espressi in quote verso il Supporto espresso in valuta
- Switch tra Fondi espressi in quote

Premio di rischio: vedere le tabelle nelle Condizioni di Assicurazione

10. COPERTURE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE

Il Contratto è a vita intera.

In presenza di due (2) Assicurati/Fiducianti, la Prestazione Assicurativa verrà liquidata al primo (1°) decesso intervenuto fra questi.

La Copertura decesso Standard è obbligatoria.

<u>Scelta della Copertura decesso opzionale</u>

È possibile sottoscrivere una sola Copertura decesso opzionale per Contratto a condizione che ciascun Assicurato/Fiduciante abbia minimo 18 (diciotto) anni e non più di 85 (ottantacinque) anni al momento della sottoscrizione.

La Compagnia raccomanda il Contraente, sulla base delle istruzioni dell'Assicurato/Fiduciante, di rivolgersi al proprio Distributore assicurativo, circa la scelta della Copertura decesso opzionale:

☐ **Copertura decesso "Capitale investito"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)

☐ **Copertura decesso "Capitale maggiorato"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)

[8] L'IVA lussemburghese in vigore è pari al 17%, con riserva di modifiche. Se non diversamente specificato, la tariffa indicata si intende comprensiva di IVA.

Percentuale di maggiorazione scelta dal Contraente: ☐ 1% ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 30%

☐ **Copertura decesso "Capitale ridotto"** (proposta esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto)

Percentuale di riduzione scelta dal Contraente: ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 30%

☐ **Copertura decesso "Cliquet"** (Copertura proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)

☐ **Copertura decesso "Percentuale forfettaria"** (proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)

Percentuale scelta dal Contraente: ☐ 5% ☐ 10% ☐ 15%

☐ **Copertura decesso "Importo prefissato"** (proposta alla sottoscrizione del Contratto ed in corso di Contratto)

Importo scelto dal Contraente: _____ €[9]

Sottoscrivendo una delle Coperture decesso opzionali, il Contraente e l'Assicurato/Fiduciante si impegnano a fornire tutta la documentazione medica eventualmente richiesta dalla Compagnia, fatta salva la disciplina sul diritto all'oblio oncologico (-> Allegato informazioni sullo stato di salute e oblio oncologico).

Il Capitale di rischio delle Coperture decesso Standard ed opzionali stabilite sull'insieme dei Contratti assicurati dalla Compagnia non potrà superare il Massimale di 3.000.000€ (tre milioni di euro o equivalente nella valuta di riferimento del Contratto) per uno stesso Assicurato/Fiduciante.

Il Capitale di rischio per ogni Copertura decesso opzionale non potrà superare il Massimale di 3.000.000€ (tre milioni di euro o equivalente nella valuta di riferimento del Contratto).

11. CANALIZZAZIONE DEI FLUSSI FINANZIARI RELATIVI AL CONTRATTO

Il Contraente, sulla base delle istruzioni dell'Assicurato/Fiduciante, indica il conto corrente sul quale la Compagnia dovrà effettuare il pagamento degli importi derivanti dal Contratto, ivi inclusi gli importi derivanti dal Recesso, dal Riscatto totale o parziale, laddove tutti i flussi finanziari relativi al Contratto siano stati canalizzati attraverso un Distributore finanziario residente in Italia (es. Banca o Società fiduciaria).

Il Contraente, sulla base delle istruzioni dell'Assicurato/Fiduciante, autorizza la Compagnia a versare gli importi derivanti dal Contratto sul seguente conto corrente a suo nome:

IBAN: _____BIC: _____

12. DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ FISCALE

I sottoscritti Contraente ed Assicurato/Fiduciante dichiarano e confermano:

- di essere fiscalmente residenti in Italia e di essere stati informati dal loro Distributore assicurativo che il regime fiscale applicabile è quello del loro Stato di residenza;
- di impegnarsi a comunicare per iscritto alla Compagnia ogni cambio di residenza entro i trenta (30) giorni successivi all'intervenuto cambio;
- di aver ricevuto un parere indipendente dal Distributore assicurativo circa l'opportunità di sottoscrivere il Contratto e la sua adeguatezza alle caratteristiche del Fiduciante;
- di aver ottemperato a tutti gli obblighi fiscali applicabili in relazione al Contratto e di aver fornito alla Compagnia la relativa documentazione utile comprovante la piena conformità ai relativi obblighi;
- che la Compagnia potrà comunicare tutte le informazioni utili relative al Contratto, ogni cambiamento (Premio Aggiuntivo, variazione del Beneficiario, cessione del Contratto…) e ogni operazione sullo stesso (riscatto totale o parziale, termine per decesso…) alle autorità fiscali competenti, al fine di adempiere ai propri obblighi fiscali e legali;
- di essere a conoscenza che la Compagnia opera in qualità di sostituto d'imposta sui proventi del Contratto, applica le imposte dovute sui Contratti in essere ed eroga gli importi in caso di Riscatto (parziale o totale) ed in caso di decesso al netto della tassazione vigente;
- di esonerare espressamente la Compagnia dai suoi obblighi relativi al segreto professionale assicurativo così come prevista dalla normativa lussemburghese;
- di autorizzare a comunicare tutti i loro dati e quelli relativi al Contratto, consentendo di adempiere a tutti gli obblighi dichiarativi previsti dalla normativa fiscale tempo per tempo vigente, e, ove necessario, di pagamento nell'ambito del quadro del regime del sostituto d'imposta.

Le presenti dichiarazioni sono valide per tutta la durata del Contratto e sono efficaci per tutte le operazioni da effettuare anche dopo la cessazione del Contratto ove ne ricorrano i presupposti ai sensi della normativa applicabile.

[9] O equivalente in altra valuta.

13. MANDATO DI COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI

TRA:

CONTRAENTE: _____

Rappresentante legale N°1: Cognome_____ Nome: _____

Nato il ____ ____ _____ a _____ Stato di nascita_____

Indirizzo _____

(qui di seguito denominato "Il 1° Contraente")
(da compilare in caso di due (2) Contraenti)

Rappresentante legale N°2: Cognome_____ Nome: _____

Nato il ____ ____ _____ a _____ Stato di nascita_____

Indirizzo _____

(qui di seguito denominato "Il 2° Contraente")

SIGNOR Cognome_____ Nome: _____

Nato il ____ ____ _____ a _____ Stato di nascita_____

Indirizzo _____

(qui di seguito denominato "L'Assicurato/Fiduciante n°1")
(da compilare in caso di due (2) Assicurati/Fiduciantì)

SIGNOR Cognome_____ Nome: _____

Nato il ____ ____ _____ a _____ Stato di nascita_____

Indirizzo _____

(qui di seguito denominato "L'Assicurato/Fiduciante n°2")

E:

CALI (Crédit Agricole Life Insurance) Europe, avente sede legale a 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg, iscritta al Registre de commerce lussemburghese al numero B 75007, rappresentata dal suo Consiglio d'amministrazione attualmente in carica, di seguito denominata "la Compagnia".

PREMESSO CHE:

Il Contraente e l'Assicurato/Fiduciante:

- hanno concluso con la Compagnia un Contratto d'investimento assicurativo di tipo multiramo, denominato – CALIE Life Orizzonte(I);
- con il presente Mandato dichiarano di essere informati che la Compagnia è tenuta a mantenere il segreto professionale assicurativo, così come disciplinato dalla normativa lussemburghese vigente, sull'insieme dei dati che la Compagnia raccoglie nell'ambito dell'esercizio della sua attività professionale (nel prosieguo i "Dati Riservati") e che pertanto a quest'ultima è fatto divieto di comunicare i Dati Riservati a terzi, senza previo mandato formale del Contraente, fatte salve le eccezioni previste dalla legge;
- prendono atto che i Dati Riservati sono tutti i dati raccolti nell'ambito del Contratto, con particolare riferimento a tutte le caratteristiche di quest'ultimo (natura del Contratto, durata, data di sottoscrizione, valore di riscatto, allocazione dell'investimento, ecc…), le modifiche e le operazioni intervenute (Premio Aggiuntivo, modifica del Beneficiario, cessione o pegno del Contratto, Riscatto parziale o totale, ecc...), nonché i dati relativi al Contraente, all'Assicurato/Fiduciante, al Beneficiario, ecc.

LE PARTI CONVENGONO CHE:

Il Contraente e l'Assicurato/Fiduciante, allo scopo di dare attuazione alle finalità di trattamento dei dati indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, necessarie alla buona esecuzione del Contratto, nonché al rispetto degli obblighi di legge, regolamentari e contrattuali delle diverse parti contrattuali, autorizzano espressamente la Compagnia ed il suo eventuale rappresentante fiscale, esonerandola dal segreto professionale, ai sensi della normativa lussemburghese vigente, alla registrazione, al trattamento ed alla comunicazione:

- al Distributore assicurativo e agli eventuali distributori che collaborino con esso in forma di libera collaborazione tramite accordi orizzontali;
- alla Banca depositaria;
- al Gestore finanziario;
- alle Autorità di vigilanza, tributarie e giudiziarie italiane e straniere;
- al gestore degli spazi online, al fornitore dei servizi di accesso agli spazi online;
- alle Società del Gruppo Credit Agricole (salvo espressa opposizione);
- ai riassicuratori e co-assicuratori;

  - ai Beneficiari designati;
  - al Referente terzo (se designato);
- dei dati comunicati al momento della sottoscrizione del Contratto, così come di quelli in corso di Contratto, con l'obiettivo di valutare i rischi, di stabilire, gestire ed eseguire i Contratti di assicurazione, di adempiere agli obblighi fiscali (reportistica o monitoraggio), legali, di vigilanza con particolare riferimento, altresì alla normativa vigente in materia di polizze vita dormienti e di antiriciclaggio della Compagnia;
- delle informazioni confidenziali relative direttamente o indirettamente al Contratto quando vengono trasmessi direttamente dalla Compagnia ai soggetti sopraindicati a nome e sotto la responsabilità esclusiva del Contraente e dell'Assicurato/Fiduciante.

I dati e le informazioni vengono gestiti dai summenzionati soggetti nei limiti delle loro rispettive missioni e possono essere trasmessi con ogni mezzo.

La Compagnia è responsabile del trattamento dei dati personali e può quindi trasmetterli agli enti ai quali è obbligato per legge a comunicare i dati dei Contraenti e degli Assicurati/Fiducianti conformemente al Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679 approvato il 14 aprile 2016).

Il presente Mandato entra in vigore dalla data di efficacia del Contratto, è irrevocabile e rimane valido per l'intera durata del Contratto anche dopo la cessazione del Contratto.

La sua natura irrevocabile è essenziale per la buona esecuzione, da parte della Compagnia o del suo eventuale rappresentante fiscale e da parte di tutti i soggetti summenzionati, dei rispettivi obblighi, contrattuali, legali e regolamentari. A tale titolo, il Contraente e l'Assicurato/Fiduciante si impegnano a fare salvi e tenere indenni la Compagnia, il Distributore assicurativo, la Banca depositaria, il Gestore finanziario, il gestore degli spazi online e il fornitore dei servizi di accesso agli spazi online contro ogni danno che possa derivare loro dalla violazione da parte del Contraente della previsione di irrevocabilità del Mandato.

Il presente Mandato rimane valido altresì per tutte le operazioni o dichiarazioni, come quelle indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, che occorre effettuare dopo lo scioglimento o la fine del Contratto ove giustificato dalla normativa applicabile in vigore.

Nel caso in cui ciascuna delle Parti coinvolte nel presente mandato sia soggetta a fusione, acquisizione o trasformazione in un'altra entità, quest'ultima (nel rispetto della legislazione vigente) succederà alle Parte (od alle parti) originarie. In questo contesto, ciascuna parte avrà la facoltà di terminare il presente mandato con comunicazione da inviarsi entro trenta (30) giorni dalla notifica di eventuali fusioni, acquisizioni o trasformazioni. In assenza di tale comunicazione, il presente mandato rimarrà in vigore.

Il presente Mandato è disciplinato dal diritto vigente lussemburghese e per qualsiasi controversia in relazione all'esistenza, interpretazione, validità ed efficacia del mandato sarà competente il Tribunale di Lussemburgo.

Fatto il ____ ____ _____ a _____in tante copie quante sono le Parti.

Firma del 1° Rappresentante legale del Contraente	Firma del 2° Rappresentante legale del Contraente

Firma del 1° Assicurato/Fiduciante	Firma del 2° Assicurato/Fiduciante

14. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE

Io sottoscritto, sotto la mia personale responsabilità civile e penale, certifico che le dichiarazioni richieste e fornite per la Conclusione del Contratto sono esatte, veritiere e non reticenti e che, in caso contrario, sono consapevole che queste possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa, nonché, rendere il Contratto annullabile oppure comportare il Recesso da parte della Compagnia.

Prima della sottoscrizione del modulo "Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato", io sottoscritto dichiaro di aver verificato l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

Dichiaro di sottoscrivere il Contratto per mio conto e che le somme versate a titolo di Premi non hanno provenienza illecita e non sono il frutto di reati di riciclaggio di capitali, di finanziamento del terrorismo o illeciti fiscali e amministrativi. Sono consapevole che la Compagnia potrà chiedere qualsiasi informazione che consideri necessaria, riguardante la mia identità

e/o la provenienza delle somme, prima dell'accettazione e della sottoscrizione del Contratto o prima di qualsiasi versamento del Premio.

Mi impegno inoltre ad adempiere a tutti gli obblighi fiscali, sia derivanti dalla sottoscrizione del Contratto che dalle operazioni effettuate in corso di Contratto.

Dichiaro di aver preso conoscenza in tempo utile, prima della sottoscrizione, del KID relativo al Contratto nonché dei KID relativi **al Supporto espresso in valuta e ai Fondi espressi in quote, e di aver espressamente richiesto al Distributore assicurativo di** ricevere i suddetti documenti secondo le seguenti modalità:

☐ su supporto cartaceo (opzione predefinita);

☐ su supporto durevole non cartaceo all'indirizzo e-mail indicato nel Dossier Informativo. Selezionando tale opzione il Contraente acconsente e dichiara di avere un accesso regolare a Internet e che questa modalità di consegna è adeguata al contesto in cui si svolge il rapporto contrattuale con la Compagnia.

Dichiaro di avere espressamente richiesto al Distributore assicurativo di ricevere tutta la documentazione contrattuale della Compagnia secondo le seguenti modalità:

☐ su supporto cartaceo (opzione predefinita);

☐ su supporto durevole non cartaceo all'indirizzo e-mail indicato nel Dossier Informativo. Selezionando tale opzione il Contraente acconsente e dichiara di avere un accesso regolare a Internet e che questa modalità di consegna è adeguata al contesto in cui si svolge il rapporto contrattuale con la Compagnia.

Nota bene!

In ogni caso, il Contraente è stato debitamente informato del suo diritto di ricevere gratuitamente a semplice richiesta una versione cartacea dei suddetti documenti.

Dichiaro inoltre:

- che il presente Modulo di Proposta non impegna né me né la Compagnia a concludere il Contratto;
- che il presente Modulo di Proposta può essere accettato soltanto dalla Compagnia e che nessun soggetto terzo ha il potere di rappresentare la Compagnia né di concludere il presente Contratto;
- di essere stato informato che la Compagnia si riserva il diritto, una volta ricevuto il Modulo di Proposta e prima dell'accettazione, di richiedere ulteriori informazioni, incluse quelle necessarie all'accettazione di una Copertura in caso di decesso opzionale;
- di essere stato informato che il Contratto è concluso, dopo l'accettazione del Modulo di Proposta e dopo la data di incasso del Premio Unico iniziale dalla Compagnia, che corrisponde alla data di efficacia del Contratto;
- **di essere stato informato della possibilità di revocare il presente Modulo di Proposta, fino a quando non è informato della conclusione del Contratto;**
- **di essere stato informato della possibilità di recedere dal Contratto entro trenta (30) giorni dalla data in cui è stato informato della conclusione del Contratto;**
- **di aver preso atto ed accettato, di conferire alla Compagnia apposito Mandato di comunicazione di informazioni al Beneficiario designato e/o al Referente terzo (qualora designato);**
- di essere stato informato che è suo onere comunicare eventuali aggiornamenti alla Compagnia, così da consentire ai Distributori assicurativi il corretto adempimento degli obblighi di cui alla normativa antiriciclaggio vigente;
- **di essere stato informato che l'Assicurato/Fiduciante potrà richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza dei relativi Costi a suo carico;**
- **di essere stato informato che la Compagnia si riassicura presso un'altra entità per rischi specifici e che, in virtù dell'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 relativa al settore assicurativo, è autorizzata a comunicare a tale riassicuratore le informazioni riguardanti il Contratto;**
- di aver letto e compreso integralmente, in particolare, le caratteristiche del Supporto espresso in valuta ed i Fondi espressi in quote prescelti, di essere stato debitamente informato sulla natura e sui rischi dell'investimento, nonché di aver preso atto ed accettato che la Conclusione del presente Contratto comporta l'assunzione di rischi finanziari a carico dello stesso Contraente;
- di aver compreso che, per i FID, FIC e/o i Fondi esterni la Compagnia non offre alcuna garanzia di valore o di rendimento, ma s'impegna unicamente al pagamento del controvalore delle quote al netto dei vari Costi, che per definizione sono soggette alle fluttuazioni del valore degli attivi sottostanti, nonché dei tassi di cambio rispetto alla valuta di riferimento;
- **di assumersi il rischio di cambio e di sostenere i relativi costi eventualmente dovuti in base alle scelte effettuate sia sulla valuta di riferimento del Contratto, dei Premi, nonché, delle relative operazioni del Contratto;**
- di aver compreso ed accettato che i Fondi espressi in quote potrebbero investire in titoli, OICR, OICVM ed altri attivi ricompresi tra quelli ammessi dalla legislazione lussemburghese che, possono differire da quelli previsti dalla normativa italiana;
- di aver preso visione di tutte le caratteristiche dei Fondi esterni collegati al Contratto mediante i Documenti contenenti le informazioni chiave per gli investitori ("KIID");
- di aver preso visione di tutte le caratteristiche finanziarie degli Attivi sottostanti i FIC mediante il Regolamento dei FIC;

- che la Compagnia non potrà essere ritenuta responsabile di qualsiasi perdita o responsabilità derivante dal suo investimento;
- di essere stato informato che la Compagnia delega la gestione finanziaria dei FID ad un gestore finanziario;
- di essere stato informato di tutti i Costi sostenuti alla sottoscrizione e in corso di Contratto e di accettarli integralmente;
- di essere stato informato che la Compagnia, in quanto società del Gruppo Credit Agricole, rispetta tutte le norme relative alle Sanzioni internazionali definite come le leggi, i regolamenti, le misure restrittive di natura obbligatoria che impongono sanzioni economiche, finanziarie o commerciali (in particolare le sanzioni o le misure relative a embarghi, congelamento di fondi e risorse economiche, restrizioni gravanti sulle operazioni con persone fisiche o giuridiche o su beni o territori determinati), emesse, amministrate o attuate dal Consiglio di sicurezza dell'ONU, dall'Unione europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluse le misure adottate dal dipartimento di Stato e dall'Office of Foreign Assets Control collegato al Dipartimento del Tesoro ("Office of Foreign Assets Control" o "OFAC") o da qualsiasi altra autorità competente autorizzata a decidere tali sanzioni. **Di conseguenza, alcuna Prestazione assicurativa potrà essere pagata in corso di Contratto se questo contravviene alle sopraindicate disposizioni.**

Ciò premesso, il Contraente precisa quanto segue ai sensi della normativa antiriciclaggio:

A) Titolare effettivo del Contratto
L'Assicurato/Fiduciante dichiara sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni, anche di natura penale, che potrebbero derivare dal rilascio di false dichiarazioni od omissioni:
☐ di essere il Titolare effettivo e di agire esclusivamente per conto proprio
☐ che i Titolari effettivi sono le persone per conto delle quali agisce, e precisamente le persone di seguito indicate: _____
_____

Nel caso in cui il Titolare effettivo non coincida con l'Assicurato/Fiduciante allegare tutti i documenti utili all'identificazione ed alla verifica dell'identità del Titolare effettivo.

La firma dell'Assicurato/Fiduciante, è da intendersi come consenso alla stipula del Contratto.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Rappresentante legale del Contraente	Firma del 2° Rappresentante legale del Contraente

Firma del 1° Assicurato/Fiduciante	Firma del 2° Assicurato/Fiduciante

Il Contraente conferma di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del Contratto, il Set Informativo che si compone di:

- **KID (Key Information Documents) relativi sia al prodotto che ai Supporti espressi in valuta ed ai Fondi espressi in quote da me scelti;**
- **DIP (Documento Informativo Precontrattuale) Aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi;**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario;**
- **Guida ai Supporti e ai Fondi del Contratto;**
- **Modulo di Proposta ed Allegati.**

e di averlo letto attentamente ed interamente accettato.

La presente sottoscrizione si intende apposta in calce ad ogni singolo documento su menzionato.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Rappresentante legale del Contraente	Firma del 2° Rappresentante legale del Contraente

L'Assicurato/Fiduciante dichiara espressamente di accettare che l'assicurazione sia stipulata sulla propria vita.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Assicurato/Fiduciante	Firma del 2° Assicurato/Fiduciante

15. ACCETTAZIONE ESPRESSA

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342, comma 2, del Codice Civile, dichiaro di aver esaminato e di accettare espressamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione:

- Articolo 5. Quando si conclude il Contratto? Qual è la data di decorrenza del Contratto?
- Articolo 6. Qual è l'importo minimo del Premio Unico iniziale e dei Premi Aggiuntivi? Come deve essere pagato il Premio?
- Articolo 9. Come posso revocare il Modulo di proposta?
- Articolo 10. Come posso recedere dal Contratto?
- Articolo 11. È possibile cedere o sottoporre a pegno i diritti derivanti dal Contratto?
- Articolo 13. Come sono disciplinate le modifiche del Contratto da parte della Compagnia?
- Articolo 17. Qual è la legge applicabile al Contratto? Qual è il foro competente? E la lingua utilizzata?
- Articolo 18. Come garantiamo la protezione dei dati personali?
- Articolo 19. Potrebbero verificarsi conflitti di interesse?
- Articolo 21.Come si calcola il valore di riscatto del Contratto? Sono previste garanzie?
- Articolo 25. Qual è la Prestazione assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato? Quali sono le Coperture decesso previste nel Contratto?
- Articolo 29. Che cosa è il Premio di Rischio?
- Articolo 30. Esistono delle esclusioni?
- Articolo 31. Quali sono i costi del Contratto?
- Articolo 33. Cosa accade se gli Attivi finanziari sottostanti di un FID hanno liquidità ridotta o limitata?

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Rappresentante legale del Contraente	Firma del 2° Rappresentante legale del Contraente

16. DICHIARAZIONE DEL DISTRIBUTORE ASSICURATIVO

In qualità di Distributore assicurativo dichiaro quanto segue:

- di aver identificato personalmente il Contraente e l'Assicurato/Fiduciante, le cui generalità sono state riportate negli appositi spazi del Contratto, che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del Premio Unico iniziale sarà effettuato con le modalità indicate nel presente Modulo di Proposta;
- di essere stato informato dalla Compagnia in merito alla classificazione del Contratto quale prodotto di investimento assicurativo (IBIP) complesso ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento (UE) 2017/2359;
- di aver effettuato la distribuzione del Contratto prestando servizio di consulenza (obbligatoria in casi di prodotti complessi);
- di aver effettuato la valutazione di coerenza rispetto alle richieste ed esigenze del Contraente, nonché di adeguatezza del Contratto, con particolare riferimento all'età, al patrimonio complessivo, ai suoi obiettivi, nonché, al suo orizzonte d'investimento;

- di aver proceduto alla determinazione del «Profilo dell'Investitore» dell'Assicurato/Fiduciante conformemente alle sue obbligazioni;
- dichiara di aver acquisito, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile e necessaria ad identificare le richieste ed esigenze dell'Assicurato/Fiduciante e di aver positivamente valutato la coerenza, nonché l'adeguatezza del Contratto;
- di aver fornito al Contraente ed all'Assicurato/Fiduciante informazioni oggettive sul Contratto al fine di consentirgli di adottare una decisione informata;
- di aver adempiuto gli obblighi informativi previsti dagli artt. 120 e ss. del D. Lgs. 7 2005, n. 209 e dalla relativa normativa di attuazione mediante consegna al Contraente degli allegati informativi precontrattuali relativi alle informazioni sul Distributore e sul prodotto distribuito, nonché sulle regole di comportamento del Distributore;
- di aver informato il Contraente mediante apposita dichiarazione che il Contratto è coerente rispetto alle sue richieste ed esigenze;
- di aver fornito, la dichiarazione di adeguatezza di cui all'art. 14 del Regolamento Delegato (UE) 2017/2359 che specifica la consulenza prestata e indica i motivi per cui il prodotto raccomandato corrisponde alle preferenze, agli obiettivi e alle caratteristiche del Contraente;
- di aver adempiuto agli obblighi di comunicazione e di consegna del Set informativo nell'ultima versione disponibile, secondo le modalità di consegna previste dalla normativa pro tempore vigente e dichiaro di conservare traccia di tale scelta;
- di aver ricevuto la Guida Pratica – Fiduciaria dalla Compagnia. Dichiaro inoltre di aver chiarito e illustrato al Contraente le definizioni e i documenti giustificativi richiesti dalla Compagnia e contenute nella Guida Pratica - Fiduciaria. Il Distributore assicurativo potrà, in ogni caso, visualizzare e scaricare in ogni momento la Guida Pratica - Persona Fisica accedendo al sito della Compagnia www.my-calie.com.

Il Distributore assicurativo, selezionando la seguente casella,

☐ conferma che la distribuzione del prodotto è effettuata nel mercato di riferimento individuato dalla Compagnia.

In caso contrario, allegare la Comunicazione del Distributore al di fuori del mercato di riferimento individuato dalla Compagnia (sintetica e motivata giustificazione della vendita in "area grigia").

Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____
Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____
Numero di Registro/Iscrizione del Distributore assicurativo: _____

Firma del Distributore assicurativo

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

DOSSIER INFORMATIVO

(I)

Fiduciaria - Contraente

Versione Novembre 2026

DOSSIER INFORMATIVO

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Contratto (se disponibile): _____
Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____
Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Da compilare per ogni Contraente obbligatoriamente in ogni sua parte in maiuscolo

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

Denominazione sociale: _____
Altre denominazioni utilizzate (es. denominazione commerciale, nome breve, alias, ecc...): _____
Forma giuridica: _____
Numero d'iscrizione al Registro delle Imprese: _____
Partita IVA/Codice fiscale: _____
Stato di iscrizione: _____
Stato di costituzione (se diverso dallo Stato di iscrizione): _____
Data dell'ultimo Statuto in vigore (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Il Contraente è quotato in borsa? ☐ Sì ☐ No
In caso affermativo, specificare il mercato in cui è quotato: _____
Il Contraente è costituito da titoli al portatore? ☐ Sì ☐ No In caso affermativo, specificare la percentuale: _____

SEDE LEGALE E DETERMINAZIONE DEL REGIME FISCALE "NORME DI SCAMBIO AUTOMATICO D'INFORMAZIONI" - CRS

Via: _____ N° civico: ____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Numero di telefono: _____
Codice fiscale o equivalente (se diverso dal numero di iscrizione e allo Stato di residenza)[1]: ____
Il Contraente ha cambiato Stato della sede legale nel corso degli ultimi dodici (12) mesi[1]? ☐ Sì ☐ No
Via: _____ N° civico ___
Codice postale: _____Città: _____Stato: _____
Data del trasferimento (gg/mm/aaaa): ___ ___ _____
Codice fiscale o equivalente, se applicabile (allo Stato di residenza):_____

Il Contraente seleziona le caselle che corrispondono alla sua situazione, al fine di determinare il suo status[2] ai sensi della norma "Common Reporting Standard" (la cosiddetta "norma CRS") e dichiara di essere:

☐ un'Istituzione Finanziaria
- ☐ un'Entità Non Finanziaria *(specificare)*:
  - ☐ un'Entità Non Finanziaria attiva o "ENF attiva" *(specificare)*:_____
  - ☐ una società quotata in borsa o una filiale di una società quotata in borsa
  - ☐ un ente pubblico
  - ☐ un'organizzazione internazionale
  - ☐ altro
- ☐ un'Entità Non Finanziaria passiva o "passive NFE"

Se il Contraente non risponde alle domande del presente paragrafo, la Compagnia non potrà procedere con l'analisi del dossier. In caso di sottoscrizione, la Compagnia potrebbe essere obbligata a trasmettere le informazioni relative al Contratto alle autorità fiscali dello Stato di residenza indicato nella documentazione (in assenza di un indirizzo aggiornato della sede legale), se quest'ultimo è uno Stato che partecipa alla norma CRS dell'OCSE sullo scambio automatico di informazioni.

[1] Da compilare con l'aiuto della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione delle nozioni di "Stato di residenza" e di "codice fiscale".
[2] Da compilare con l'ausilio della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione della norma CRS dell'OCSE e delle definizioni dei diversi casi possibili.

INDIRIZZO DELLA SEDE OPERATIVA *(se diverso dalla sede legale)*

Via: _____ N° civico: _____

Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____

Numero di telefono: _____

Quando l'indirizzo della sede operativa viene indicato, la Compagnia lo utilizza per l'invio di lettere.

IDENTIFICAZIONE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE[3]

Compilare "L'Allegato 1 al Dossier Informativo – Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente" per ogni Rappresentante Legale.

1° Rappresentante Legale: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Numero di telefono professionale: _____ Indirizzo e-mail: _____

Ruolo ricoperto: _____

2° Rappresentante Legale: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Numero di telefono professionale: _____ Indirizzo e-mail: _____

Ruolo ricoperto: _____

3° Rappresentante Legale: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Numero di telefono professionale: _____ Indirizzo e-mail: _____

Ruolo ricoperto: _____

4° Rappresentante Legale: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Numero di telefono professionale: _____ Indirizzo e-mail: _____

Ruolo ricoperto: _____

IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO[4] DEL CONTRAENTE (se applicabile)

Compilare "L'Allegato 1 al Dossier Informativo – Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente".

1° Titolare Effettivo: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

2° Titolare Effettivo: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

3° Titolare Effettivo: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

4° Titolare Effettivo: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

[3] Per maggiori informazioni in merito alla nozione di "Rappresentante legale" si rimanda alla sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria.

[4] Per maggiori informazioni in merito alla nozione di "Titolare Effettivo" si rimanda alla sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria.

IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE DEL CONTRAENTE

Compilare "L'Allegato 1 al Dossier Informativo – Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente".

1° Assicurato/Fiduciante: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome:_____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

2° Assicurato/Fiduciante: ☐ Signor ☐ Signora

Cognome:_____ Nome: _____ Cognome da nubile: _____

Ruolo ricoperto (ove applicabile): _____

Percentuale diretta o indiretta del capitale o dei diritti di voto (≥ 25%) (ove applicabile): _____

IDENTIFICAZIONE DELL'AZIONISTA PRINCIPALE[5] DEL CONTRAENTE (*da compilare solo se diverso dal Titolare Effettivo*)

L'Azionista principale è diverso dal Titolare Effettivo? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo compilare "L'Allegato 1 al Dossier Informativo – Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente".

1°Azionista Principale:

☐ Persona giuridica (*specificare*): Denominazione sociale: _____ Percentuale detenuta: _____

☐ Persona fisica (*specificare*): ☐ Signor ☐ Signora

Cognome:_____ Nome: _____

Cognome da nubile: _____Percentuale detenuta:_____

2°Azionista Principale:

☐ Persona giuridica (*specificare*): Denominazione sociale: _____ Percentuale detenuta: _____

☐ Persona fisica (*specificare*): ☐ Signor ☐ Signora

Cognome:_____ Nome: _____

Cognome da nubile: _____Percentuale detenuta:_____

3°Azionista Principale:

☐ Persona giuridica (*specificare*): Denominazione sociale: _____ Percentuale detenuta: _____

☐ Persona fisica (*specificare*): ☐ Signor ☐ Signora

Cognome:_____ Nome: _____

Cognome da nubile: _____Percentuale detenuta:_____

4°Azionista Principale:

☐ Persona giuridica (*specificare*): Denominazione sociale: _____ Percentuale detenuta: _____

☐ Persona fisica (*specificare*): ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____

Cognome da nubile: _____Percentuale detenuta:_____

IDENTIFICAZIONE DEL MANDATARIO DEL CONTRAENTE (*se applicabile*)

Il Contraente ha conferito procura a una persona per la gestione della sua società? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare:

☐ Persona fisica (*specificare*): ☐ Signor ☐ Signora

Cognome: _____ Nome: _____

Cognome da nubile: _____Percentuale detenuta:_____

Se il Mandatario è una persona fisica, compilare "L'Allegato 1 al Dossier Informativo – Persona Giuridica – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente" per ogni Mandatario.

[5] Si considera "Azionista principale" un azionista che detiene oltre il 20% del capitale.

SETTORE DI ATTIVITÀ DEL CONTRAENTE

☐ **Settore privato** ☐ **Settore pubblico**

Il Contraente specifica il settore di attività (previa accettazione da parte della Compagnia):

☐ Attività creative, artistiche e di spettacolo
☐ Attività di rivendita di automobili e imbarcazioni, pezzi di ricambio
☐ Amministrazione/Funzione pubblica *(specificare)*: _____
☐ Settore digitale
☐ Economia sociale e solidale: associazione
☐ Economia sociale e solidale: fondazione
☐ Economia sociale e solidale: organizzazione religiosa
☐Economia sociale e solidale: sindacato professionale
☐ Economia sociale e solidale: altra forma di ONLUS *(specificare)*: _____
☐ Educazione - Formazione
☐ Settore agricolo e agroalimentare
☐ Settore artigianale
☐ Settore edile - Edilizia e lavori pubblici
☐ Settore degli armamenti e della difesa

☐ Settore dei giochi
☐ Settore dei metalli e delle pietre preziose (estrazione, taglio e commercio)
☐ Settore del commercio di lusso e mercato dell'arte (diverso dal settore dei metalli e delle pietre preziose)
☐ Altro settore industriale o commerciale *(specificare)*: _____
☐ Settore de riciclaggio di metalli e non metalli e riduzione dell'inquinamento
☐ Settore finanziario, assicurativo e della gestione patrimoniale per conto di terzi
☐ Settore immobiliare
☐ Settore liberale *(specificare)*: _____
☐ Settore nucleare
☐ Settore turistico, alberghiero e della ristorazione
☐ Settore logistico e dei trasporti
☐ Altro *(specificare)*: _____

Attività del Contraente (es. gestione patrimoniale, agenzia viaggi, agenzia immobiliare, ecc.): _____

Codice nazionale dell'attività: _____ Classificazione utilizzata (es. NACE e ISTAT): _____

L'attività del Contraente è regolamentata da un organismo di vigilanza? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare: _____

Stato di attività: _____ Percentuale del fatturato nello Stato di attività: _____

Principali Stati in cui sono ubicati i fornitori del Contraente: _____

Settore di attività dei principali clienti del Contraente: _____

Esempio 1: se il Contraente produce bulloni e ne vende il 90% al settore automobilistico, il settore da indicare sarà "automobilistico".
Esempio 2: se il Contraente vende servizi a privati in generale, indicare "nessun settore specifico".

Operazioni specifiche

Il Contraente effettua operazioni di importazione o esportazione di beni rientranti nella categoria dei beni a duplice uso[6] in Stati o territori soggetti a programmi di sanzioni globali[7] adottati dall'Unione Europea, dagli Stati Uniti o dalle Nazioni Unite?

☐ Sì ☐ No

*Se sì, specificare le tipologie di attività e operazioni realizzate a seconda dello Stato soggetto a un programma di sanzioni globale:*_____

Operazioni soggette a licenza

Il Contraente effettua operazioni connesse con Stati e territori soggetti a programmi di sanzioni globali per i quali occorre ottenere licenze specifiche o autorizzazioni rilasciate dalle autorità competenti di tali Stati?

☐ Sì ☐ No

*Se sì, indicare le autorità competenti degli Stati che hanno rilasciato le licenze (ad es. OFAC negli Stati Uniti, DGE in Francia, ecc.):*_____

_____

[6] Rientrano nella categoria dei beni a duplice uso "i beni e le attrezzature (incluse tecnologie, software, know-how immateriale o intangibile) suscettibili di avere applicazioni civili o militari ovvero capaci (in tutto o in parte) di contribuire allo sviluppo, alla produzione, alla manipolazione, al funzionamento, alla manutenzione, allo stoccaggio, al rilevamento, all'identificazione e alla disseminazione di armi di distruzione di massa" (ADM - nucleari, biologiche, chimiche, ecc.). Per maggiori informazioni: https://www.mise.gov.it/index.php/it/commercio-internazionale/import-export/dual-use.

[7] Il concetto di insediamento in uno Stato o territorio è applicabile alle succursali, alle filiali (detenzione superiore al 50%) e agli uffici di rappresentanza all'interno dello Stato.

DATI FINANZIARI DEL CONTRAENTE

Importo del fatturato annuo dell'anno precedente: _____€[8]
(o importo dei redditi immobiliari dell'anno precedente)
Importo dei proventi dei prodotti finanziari dell'anno precedente: _____€[8]
Importo dell'utile netto dell'anno precedente: _____€[8]
(o importo netto dei redditi immobiliari dell'anno precedente)
Importo del capitale sociale dell'anno precedente: _____€[8]
Importo complessivo delle attività dell'anno precedente:
☐ Immobiliari: _____€[8]
☐ Titoli di partecipazione: _____€[8] *Specificare[9]:*_____
☐ Contratti di assicurazione: _____€[8]
☐ Portafogli di strumenti finanziari: _____€[8] *Specificare:* _____
☐ Depositi bancari (conto a vista/a termine, libretto di risparmio): _____€[8]
☐ Altro: _____€[8] *Specificare:* _____
Totale del patrimonio complessivo: _____€[8]
☐ Ricorso a prestiti/debiti[10]: _____€[8] *Specificare:* _____
Totale del patrimonio complessivo al netto dei prestiti/debiti: _____€[8]

DETERMINAZIONE DELLO STATUS DI "US PERSON" – FATCA[11]

Il Contraente seleziona une delle seguenti opzioni corrispondenti agli indizi di americanità ai sensi della normativa FATCA, al fine di determinare il suo status FATCA:

☐ Entità statunitense (US Person). Se applicabile, il Contraente fornisce un modulo W-9.
☐ Entità Non Finanziaria Estera (non US Person) attiva o "ENFE attiva" (non è richiesto alcun modulo).
☐ Entità Non Finanziaria Estera (non US Person) passiva ("ENFE passiva"). Se applicabile, il Contraente fornisce un modulo W-8BEN-E.
☐ Istituzione Finanziaria Estera (non US Person) ("IFE"). Se applicabile, il Contraente fornisce un modulo W-8BEN-E o W-8IMY.

In caso di dubbi riguardo alla scelta del suo Status di non US Person, il Contraente può fornire d'ufficio un modulo W-8BEN-E.
Se analizzando il dossier la Compagnia individua un indizio di americanità relativo al Rappresentante Legale, e/o all'Assicurato/Fiduciante, nonché al Titolare Effettivo, a tale soggetto saranno richieste informazioni o documenti giustificativi complementari.
Per ottenere il modulo W-9 e/o il modulo W-8BEN-E e/o il modulo W-8IMY, il Contraente può contattare il suo Distributore assicurativo o scaricare il modulo dal sito internet dell'autorità statunitense denominata Internal Revenue Service (IRS):

- per il modulo W-9: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf
- per il modulo W-8BEN-E: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8bene.pdf
- per il modulo W-8IMY: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8imy.pdf

Per le "ENFE passiva" e "IFE", se il modulo non viene trasmesso alla Compagnia all'atto della sottoscrizione o successivamente (al momento di un'operazione, in caso di cambiamento della situazione relativa a un indizio di americanità o la Compagnia dovesse scoprire un "indizio di americanità") e laddove la presente dichiarazione dovesse perdere validità dopo essere stata trasmessa alla Compagnia, al Contraente saranno richieste informazioni o documenti giustificativi complementari.
In assenza di una risposta alle domande del presente paragrafo da parte del Contraente, la Compagnia non potrà evadere la pratica o sarà obbligata a dichiarare il Contratto alle autorità fiscali.

RAPPORTI CON IL GRUPPO CRÉDIT AGRICOLE

Il Contraente ha rapporti con altre entità del Gruppo Crédit Agricole? ☐ Sì ☐ No
In caso affermativo, specificare il nome delle altre entità del Gruppo Crédit Agricole e il tipo di rapporto intrattenuto con ciascuna di esse: _____
_____
_____
_____

[8] O importo equivalente nella valuta di riferimento del Contratto.
[9] Specificare la percentuale detenuta e il nome della società.
[10] Indicare l'importo dei prestiti (capitale dovuto e interessi inclusi) o debiti del Contraente e specificare la natura dei prestiti o debiti (prestito/i immobiliare/i, credito/i al consumo e/o altri prestiti o debiti da specificare).
[11] Da compilare con l'ausilio della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione della normativa FATCA e della nozione di "US Person".

DICHIARAZIONI E FIRMA DEL CONTRAENTE

Obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche.

Il Contraente dichiara di essere stato debitamente informato degli obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche cui sono soggette le Compagnie assicurative e i Distributori assicurativi, in particolare ai sensi del regolamento lussemburghese del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, nonché del quadro legislativo e regolamentare europeo direttamente applicabile.

Il Contraente autorizza il Distributore assicurativo e la Compagnia a scambiare e a comunicare, ai sensi del regolamento del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, le informazioni richieste per la realizzazione dei controlli indicati nel suddetto regolamento.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito degli accordi sullo scambio automatico di informazioni stipulati tra i paesi dell'OCSE che partecipano al "Common Reporting Standard" (la cosiddetta "norma CRS").

Il Contraente dichiara di essere stato debitamente informato del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative al Contratto di assicurazione vita sottoscritto da Contraenti la cui residenza fiscale è situata fuori dal Lussemburgo, in uno Stato che partecipa alla norma "Common Reporting Standard" dell'OCSE in materia di scambio automatico di informazioni.

Il Contraente conferma l'esattezza:

- delle risposte fornite nei paragrafi "Identità del Contraente", "Sede legale e determinazione del Regime fiscale "Norme di scambio automatico d'informazioni" – CRS e "Situazione fiscale del Contraente";
- delle informazioni fornite "nell'Allegato 1 al Dossier Informativo – Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente" relative al Rappresentante legale, all'Assicurato/Fiduciante, al Titolare Effettivo, all'Azionista Principale (se diverso dal Titolare Effettivo) e al Mandatario.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito dell'accordo intergovernativo FATCA siglato il 28 marzo 2014 tra il Granducato di Lussemburgo e gli Stati Uniti d'America.

Il Contraente dichiara di essere stato debitamente informato del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative ai soggetti statunitensi ("US Person).

Il Contraente conferma l'esattezza:

- delle risposte fornite al paragrafo "Determinazione dello Status di "US PERSON" - FATCA;
- delle informazioni fornite "nell'Allegato 1 al Dossier Informativo - Fiduciaria – Contraente – Identificazione della Persona Fisica collegata al Contraente" relative al Rappresentante legale, all'Assicurato/Fiduciante, al Titolare Effettivo, all'Azionista Principale (se diverso dal Titolare Effettivo) e al Mandatario.

Il Contraente certifica che le informazioni fornite nel presente Dossier Informativo sono esatte, veritiere e non reticenti. Eventuali reticenze, omissioni, inesattezze o false dichiarazioni, possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa, nonché, rendere il Contratto annullabile oppure comportare il recesso da parte della Compagnia.

In caso di variazione dell'indirizzo della sede legale, della situazione fiscale, dello Status della norma CRS e/o FATCA del Contraente, quest'ultimo si impegna a informarne la Compagnia a fornire entro trenta (30) giorni il presente Dossier Informativo aggiornato e i relativi documenti giustificativi.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma del 1° Rappresentante legale del Contraente	Firma del 2° Rappresentante legale del Contraente

Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tél.: (+352) 26 26 70 30 - Fax: (+352) 26 26 70 69

ALLEGATO 1 AL DOSSIER INFORMATIVO – FIDUCIARIA – CONTRAENTE

Identificazione della Persona fisica collegata al Contraente

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Contratto (se disponibile): _____
Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____
Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Da compilare per ogni Persona fisica collegata al Contraente, obbligatoriamente in ogni sua parte in maiuscolo

La Persona fisica che compila questo allegato agisce in veste di (selezionare la casella corrispondente alla propria funzione):

☐ Rappresentante legale del Contraente ☐ Titolare Effettivo
☐ Azionista Principale (se diverso dal Titolare Effettivo) ☐ Mandatario

IDENTITÀ DEL CONTRAENTE

Denominazione sociale: _____

IDENTITÀ DELLA PERSONA FISICA

☐ Signor ☐ Signora
Cognome completo: _____
Nome completo: _____
Cognome da nubile: _____
Altro cognome e/o nome utilizzato (es. pseudonimi, cognome e nome d'uso, cognome d'uso, ecc.): _____
Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____
Nazionalità: 1) _____2) _____3) _____4) _____
Data di validità del documento d'identità (gg/mm/aaaa____ ____ _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA E DETERMINAZIONE DEL REGIME FISCALE "NORME DI SCAMBIO AUTOMATICO D'INFORMAZIONI" - CRS[12]

Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Numero di telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____
Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza)[12]: _____
La Persona fisica ha un 2° (secondo) indirizzo di residenza[12]? ☐ No ☐ Sì
In caso affermativo, specificare:
Via: _____ N° civico: _____
Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____
Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____
Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza)[12]: _____

[12] Da compilare con l'aiuto della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione delle nozioni di "Stato di residenza" e di "codice fiscale".

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

La persona fisica esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo (specificare):

Carica ricoperta: _____ Stato interessato: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Al (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Un parente della persona fisica, o strettamente associato professionalmente, esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo (specificare):

Nominativo completo della persona: _____ Legame con la persona: _____

Carica ricoperta: _____ Stato interessato: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Al (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

SITUAZIONE PROFESSIONALE (da completare unicamente dal Titolare effettivo)

Categoria professionale	Informazioni obbligatorie da inserire
☐ Dirigente di società ☐ Funzionario ☐ Mandato pubblico ☐ Libero professionista/Indipendente ☐ Lavoratore dipendente/Quadro ☐ Lavoratore dipendente/Non quadro	Funzione/ruolo: _____ Titolo (se applicabile)[13]: ☐Dott./Dott.ssa ☐Prof./Prof.ssa ☐ Altro (*specificare*): _____ Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Nome del datore di lavoro/della società: _____ Città del datore di lavoro/della società: _____ Stato del datore di lavoro/della società: _____
☐ Pensionato ☐ Altrimenti non attivo *(specificare)*: _____	Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Ultima categoria professionale: _____ Nome dell'ultimo datore di lavoro/dell'ultima società: _____ Città dell'ultimo datore di lavoro/dell'ultima società: _____ Stato dell'ultimo datore di lavoro/dell'ultima società: _____
Settore di attività della società (attuale o precedente alla pensione/all'inattività) ☐ Settore privato ☐ Settore pubblico persona fisica specifica il settore di attività: Il Beneficiario Effettivo specifica il settore di attività:	

[13] Allegare la copia del diploma, dell'abilitazione o dell'autorizzazione per l'esercizio svolto, se l'attività svolta lo richiede.

☐ Attività creative, artistiche e di spettacolo ☐ Attività di rivendita di automobili e imbarcazioni, pezzi di ricambio ☐ Amministrazione/Funzione pubblica: ruolo diplomatico ☐ Amministrazione/Funzione pubblica: altro *(specificare)*: _____ ☐ Economia digitale ☐ Economia sociale e solidale: associazione ☐ Economia sociale e solidale: organizzazione religiose ☐ Economia sociale e solidale: altro *(specificare)*: _____ ☐ Educazione - Formazione ☐ Libera professione: notaio ☐ Altra libera professione *(specificare)*: _____ ☐ Settore agricolo e agroalimentare ☐ Settore artigianale ☐ Settore edile - Edilizia e lavori pubblici	☐ Settore degli armamenti e della difesa ☐ Settore dei giochi ☐ Settore dei metalli e delle pietre preziose (estrazione, taglio e commercio) ☐ Settore del commercio di lusso e mercato dell'arte (diverso dal settore dei metalli e delle pietre preziose) ☐ Altro settore industriale o commerciale (*specificare*): _____ ☐ Settore di riciclaggio di metalli e non metalli e riduzione dell'inquinamento ☐ Settore finanziario, assicurativo e della gestione patrimoniale per conto di terzi ☐ Attività di gestione patrimoniale per proprio conto (ad es.: SCI) ☐ Settore immobiliare ☐ Settore nucleare ☐ Settore turistico, alberghiero e della ristorazione Settore logistico e dei trasporti Altro *(specificare)*: _____

DATI FINANZIARI E PATRIMONIALI (da completare unicamente dal titolare effettivo)

Reddito annuo complessivo proprio/personale[14]

Scaglione/Importo del reddito complessivo[15]:

☐ < 50.000€[16] *(specificare)*: _____ €[16]
☐ da 50.000€[16] a 100.000€[16]
☐ da 100.000€[16] a 200.000€[16]
☐ da 200.000€[16] a 500.000€[16]
☐ da 500.000€16 a 1.000.000€[16]
☐ > 1.000.000€[16] *(specificare)* : _____ €[16]

Patrimonio complessivo proprio /personale[14]

Scaglione/Importo del patrimonio complessivo[15]:

☐ < 500.000€[16] *(specificare*_____ €[16]
☐ da 500.000€[16] a 1.000.000€[16]
☐ da 1.000.000€[16] a 2.500.000€[16]
☐ da 2.500.000€16 a 5.000.000€[16]
☐ da 5.000.000€[16] a 10.000.000€[16]
☐ > 10.000.000€[16] *(specificare)*_____ €[16]

Origine del patrimonio (più opzioni possibili)

☐ Redditi: _____ % *Specificare*: _____
☐ Risparmio: _____ % *Specificare*: _____
☐ Donazione: _____ % *Specificare*: _____
☐ Successione: _____ % *Specificare*: _____
☐ Indennità varie: _____ % *Specificare*: _____
☐ Altro: _____ % *Specificare*: _____

[14] Per determinare il patrimonio proprio/personale, è necessario considerare:
- i beni qualificati come "propri/personali" e
- la metà dei beni definiti comuni".

Conformemente al regime matrimoniale, legale o convenzionale, se applicabile.

[15] Includere i redditi professionali, immobiliari, mobiliari, le rendite, le pensioni, ecc.

[16] O importo equivalente nella valuta di riferimento del Contratto.

Ripartizione del patrimonio proprio /personale (più opzioni possibili)

☐ Immobili: _____€[17]

☐ Titoli di partecipazione: _____ €[17] *Specificare[18]:* _____

☐ Contratti di assicurazione vita _____ €[17]

☐ Portafoglio di strumenti finanziari: _____ €[17] *Specificare:* _____

☐ Depositi bancari (conto a vista/a termine, libretto/risparmio): _____ €[17]

☐ Altro: _____ €[17] *Specificare:* _____

Totale del patrimonio complessivo: _____€[17]

☐ Ricorso a prestiti personali/debiti[19]: _____€[17]

Totale del patrimonio complessivo al netto dei prestiti/debiti: _____€[17]

RELAZIONI CON IL GRUPPO CRÉDIT AGRICOLE

La persona fisica ha rapporti con altre entità del Gruppo Crédit Agricole? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare il nome delle altre entità del Gruppo Crédit Agricole e il tipo di rapporto intrattenuto con ciascuna di esse:

_____

_____

_____

DICHIARAZIONI E FIRMA DELLA PERSONA FISICA COLLEGATA AL CONTRAENTE

Obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche.

La persona fisica dichiara di essere stata debitamente informata degli obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche cui sono soggette le compagnie assicurative e i Distributore assicurativi, in particolare ai sensi del regolamento lussemburghese del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, nonché del quadro legislativo e regolamentare europeo direttamente applicabile.

La persona fisica autorizza il Distributore assicurativo e la Compagnia a scambiare e a comunicare, ai sensi del regolamento del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, le informazioni richieste per la realizzazione dei controlli indicati nel suddetto regolamento.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito degli accordi sullo scambio automatico di informazioni stipulati tra i paesi dell'OCSE che partecipano al "Common Reporting Standard" (la cosiddetta "norma CRS").

La persona fisica dichiara di essere stata debitamente informata del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative al Contratto di assicurazione vita sottoscritto da persone la cui residenza fiscale è situata fuori dal Lussemburgo, in uno Stato che partecipa alla norma "Common Reporting Standard" dell'OCSE in materia di scambio automatico di informazioni.

La persona fisica certifica che le risposte indicate nei paragrafi "Identificazione della persona fisica" e "Indirizzo di residenza e determinazione del regime fiscale "Norme di scambio automatico d'informazioni" e "Dati finanziari e patrimoniali" sono esatte.

La persona fisica certifica che le informazioni fornite nel presente "Allegato 1 al Dossier Informativo - Fiduciaria – Contraente - Identificazione del la Persona Fisica collegata al Contraente" sono esatte veritiere e non reticenti. Eventuali reticenze, omissioni, inesattezze o false dichiarazioni, possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa, nonché, rendere il Contratto annullabile, oppure, comportare il recesso della Compagnia.

Fatto il ____ ____ _____ **a** _____

Firma della persona fisica	Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tel : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

[17] O importo equivalente nella valuta di riferimento del Contratto.
[18] Specificare la percentuale detenuta e il nome della società.
[19] Indicare l'importo complessivo ancora dovuto dei debiti e dei prestiti personali (capitale dovuto e interessi inclusi) del solo Titolare Effettivo.

ALLEGATO 2 AL DOSSIER INFORMATIVO – FIDUCIARIA CONTRAENTE - CONTRAENTE

Identificazione dell'Assicurato/Fiduciante collegato al Contraente

In vigore da 01/11/2026

Numero di Contratto (se disponibile): _____

Denominazione/numero del Distributore assicurativo: _____

Cognome e nome del Distributore assicurativo: _____

Da compilare per ogni Assicurato/Fiduciante obbligatoriamente in ogni sua parte in maiuscolo

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

Denominazione sociale: _____

IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE

☐ Signor ☐ Signora

Cognome completo: _____

Nome completo: _____

Cognome da nubile: _____

Altro cognome e/o nome utilizzato (es. pseudonimi, cognome e nome d'uso, cognome d'uso, ecc.): _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Stato di nascita: _____ Comune di nascita: _____

Nazionalità: 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

Data di validità del documento d'identità (gg/mm/aaaa) ____ ____ _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA E DETERMINAZIONE DEL REGIME FISCALE "NORME DI SCAMBIO AUTOMATICO D'INFORMAZIONI" - CRS[20]

Via: _____ N° civico: _____

Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____

Numero di telefono: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____/____/_____ Numero di telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza)[2020]: _____

L'Assicurato/Fiduciante ha un 2° (secondo) indirizzo di residenza[20]? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare:

Via: _____ N° civico: _____

Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza): _____

L'Assicurato/Fiduciante ha cambiato Stato di residenza nel corso degli ultimi 12 (dodici) mesi? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare:

Via: _____ N° civico: _____

Codice postale: _____ Città: _____ Stato: _____

Data del trasferimento (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Codice fiscale o equivalente (se applicabile allo Stato di residenza)[20]: _____

[20] Da compilare con l'aiuto della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione delle nozioni di "Stato di residenza" e di "codice fiscale", nonché per alcuni esempi di doppia residenza fiscale.

SITUAZIONE FAMILIARE

☐ Celibe/nubile

☐ Divorziato Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

☐ Vedovo Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

☐ Convivente Cognome e nome del convivente: _____

☐ Unione civile Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Cognome e nome del convivente: _____

☐ Sposato Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Cognome e nome del coniuge: _____

☐ Regime matrimoniale: ☐ Comunione dei beni

☐ Separazione dei beni[21]

☐ Altro *(specificare)*: _____

MAGGIORENNI SOTTO TUTELA O MINORENNI

Il regime di tutela è il seguente:

☐ Maggiorenne sotto curatela ☐ Maggiorenne sotto tutela Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

☐ Minorenne

☐ Curatela

☐ Altro (specificare): _____

SITUAZIONE PROFESSIONALE

Categoria professionale	Informazioni obbligatorie da inserire
☐ Dirigente di società ☐ Funzionario ☐ Mandato pubblico ☐ Libero professionista/Indipendente ☐ Lavoratore dipendente/Quadro ☐ Lavoratore dipendente/Non quadro	Funzione/ruolo: _____ Titolo (se applicabile)[22]: ☐ Dott./Dott.ssa ☐ Prof./Prof.ssa ☐ Altro (*specificare*): _____ Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Nome del datore di lavoro/società: _____ Città del datore di lavoro/società: _____ Stato del datore di lavoro/della società: _____
☐ Pensionato ☐ Altrimenti non attivo *(specificare)*: _____	Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Ultima categoria professionale: _____ Nome dell'ultimo datore di lavoro/ultima società: _____ Città dell'ultimo datore di lavoro/ultima società: _____ Stato dell'ultimo datore di lavoro/dell'ultima società: _____
Settore di attività della società (attuale o precedente alla pensione/all'inattività) ☐ Settore privato ☐ Settore pubblico L'Assicurato/Fiduciante specifica il settore di attività:	

[21] Regime matrimoniale incompatibile con una sottoscrizione congiunta.

[22] Allegare la copia del diploma, dell'abilitazione o dell'autorizzazione per l'esercizio svolto, se l'attività svolta lo richiede.

☐ Attività creative, artistiche e dello spettacolo ☐ Attività di rivendita di automobili e imbarcazioni, pezzi di ricambio ☐ Amministrazione/Funzione pubblica: ruolo diplomatico ☐ Amministrazione/Funzione pubblica: altro *(specificare)*: _____ ☐ Settore digitale ☐ Economia sociale e solidale: associazione ☐ Economia sociale e solidale: organizzazione religiosa ☐ Economia sociale e solidale: altro *(specificare)*: _____ ☐ Educazione - Formazione ☐ Libera professione: notaio ☐ Altra libera professione *(specificare)*: _____ ☐ Settore agricolo e agroalimentare ☐ Settore artigianale ☐ Settore edile - Edilizia e lavori pubblici	☐ Settore degli armamenti e della difesa ☐ Settore dei giochi ☐ Settore dei metalli e delle pietre preziose (estrazione, taglio e commercio) ☐ Settore del commercio di lusso e mercato dell'arte (diverso dal settore dei metalli e delle pietre preziose) ☐ Altro settore industriale o commerciale (*specificare*): _____ ☐ Settore di riciclaggio di metalli e non metalli e riduzione dell'inquinamento ☐ Settore finanziario, assicurativo e della gestione patrimoniale per conto di terzi ☐ Attività di gestione patrimoniale per proprio conto ☐ Settore immobiliare ☐ Settore nucleare ☐ Settore turistico, alberghiero e della ristorazione ☐ Settore logistico e dei trasporti ☐ Altro *(specificare)*: _____

DATI FINANZIARI E PATRIMONIALI

Reddito annuo complessivo proprio/personale[23]

Scaglione/Importo del reddito complessivo[24]:

☐ < 50.000 € [25]*(specificare)*: _____ €[25]

☐ da 50.000€[25] a 100.000€[25]

☐ da 100.000€[25] a 200.000€[25]

☐ da 200.000€[25] a 500.000€[25]

☐ da 500.000€25 a 1.000.000€[25]

☐ > 1.000.000€[25] *(specificare)*: _____ €[25]

Patrimonio complessivo proprio/personale[23]

Scaglione/Importo del patrimonio complessivo[24:]

☐ < 500.000€[25] *(specificare)*: _____ €[25]

☐ da 500.000€[25] a 1.000.000€[25]

☐ da 1.000.000€[25] a 2.500.000€[25]

☐ da 2.500.000€[25] a 5.000.000€[25]

☐ da 5.000.000€[25] a 10.000.000€[25]

☐ > 10.000.000€[25] *(specificare)*: _____ €[25]

Origine del patrimonio (più opzioni possibili)

☐ Redditi:	_____ %	*Specificare*: _____
☐ Risparmio:	_____ %	*Specificare*: _____
☐ Donazione:	_____ %	*Specificare*: _____
☐ Successione:	_____ %	*Specificare*: _____
☐ Indennità varie:	_____ %	*Specificare*: _____
☐ Altro:	_____ %	*Specificare*: _____

[23] Per determinare il patrimonio proprio/personale, è necessario considerare:
- i beni qualificati come "propri/personali" e
- la metà dei beni definiti comuni".

Conformemente al regime matrimoniale, legale o convenzionale, se applicabile.

[24] Include i redditi professionali, immobiliari, mobiliari, le rendite, le pensioni, ecc.

[25] O importo equivalente nella valuta di riferimento del Contratto.

Ripartizione del patrimonio proprio /personale (più opzioni possibili)

☐ Immobili: _____ €[26]

☐ Titoli di partecipazione: _____ €[26] *Specificare[27]:* _____

☐ Contratti di assicurazione vita: _____ €[26]

☐ Portafoglio di strumenti finanziari: _____ €[26] *Specificare:* _____

☐ Depositi bancari (conto corrente, libretto/risparmio): _____ €[26]

☐ Altro _____ €[26] *Specificare:* _____

Totale del patrimonio complessivo: _____ €[26]

☐ Ricorso a prestiti personali/debiti[28]: _____ €[26] *Specificare:* _____

Totale del patrimonio complessivo al netto dei prestiti/debiti: _____ €[26]

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

L'Assicurato/Fiduciante esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare:

Carica ricoperta: _____ Stato interessato: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Al (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

Un parente dell'Assicurato/Fiduciante, o strettamente associato professionalmente, esercita o ha esercitato da meno di un anno un'importante carica pubblica (politica, giurisdizionale, militare o amministrativa)? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare:

Nominativo della persona: _____ Legame con l'Assicurato/Fiduciante: _____

Carica ricoperta: _____ Stato interessato: _____

Dal (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____ Al (gg/mm/aaaa): ____ ____ _____

DETERMINAZIONE DELLO STATUS DI "US PERSON" – FATCA[29]

L'Assicurato/Fiduciante risponde alle seguenti domande, corrispondenti agli indizi di americanità ai sensi della normativa FATCA, al fine di determinare la sua qualifica FATCA:

		No	Sì
1	L'Assicurato/Fiduciante è cittadino o residente negli Stati Uniti d'America? (passaporto, green card, altro)?	☐	☐
2	L'Assicurato/Fiduciante è nato negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
3	L'Assicurato/Fiduciante ha un indirizzo postale o di domicilio negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
4	L'Assicurato/Fiduciante ha un numero di telefono negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
5	L'Assicurato/Fiduciante ha effettuato un ordine permanente di trasferimento di fondi verso un conto negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
6	L'Assicurato/Fiduciante ha dato procura o delega di firma in corso di validità a un soggetto il cui indirizzo è situato negli Stati Uniti d'America?	☐	☐
7	L'Assicurato/Fiduciante ha un indirizzo negli Stati Uniti d'America con l'indicazione "all'attenzione di" o un fermo posta, come unico indirizzo comunicato alla Compagnia?	☐	☐

Se l'Assicurato/Fiduciante ha risposto "No" a tutte le domande nella tabella sopra, non è considerato una "US Person".

---

[26] O importo equivalente nella valuta di riferimento del Contratto.

[27] Specificare la percentuale detenuta e il nome della società.

[28] Importo complessivo di debiti e prestiti (capitale e interessi inclusi) dell'Assicurato/Fiduciante e/o altri prestiti/debiti da specificare.

[29] Da compilare con l'ausilio della sezione "Definizioni" della Guida Pratica - Fiduciaria per un'adeguata comprensione della normativa FATCA e della nozione di "US Person".

Se l'Assicurato/Fiduciante ha risposto "Sì" ad almeno una (1) delle sette (7) domande nella tabella sopra, potrebbe essere considerato una "US Person". In tal caso, per confermare il suo status, l'Assicurato/Fiduciante deve compilare uno dei seguenti moduli:

- modulo W-9 per confermare il suo status di "US Person";
- modulo W-8BEN per confermare il suo status di "non-US Person" (allegare gli ulteriori documenti giustificativi presentati nella Guida Pratica - Fiduciaria).

A seguito delle informazioni raccolte, l'Assicurato/Fiduciante dichiara di essere una: ☐ non-US Person ☐ US Person

Indicare il Codice fiscale o TIN statunitense, se in possesso: _____

Per ottenere il modulo W-9 e/o il modulo W-8BEN, l'Assicurato/Fiduciante può contattare il suo Distributore o scaricare il modulo dal sito internet dell'autorità statunitense denominata Internal Revenue Service (IRS):

- per il modulo W-9: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf
- per il modulo W-8BEN: https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf

Se la Compagnia dovesse scoprire indizi di americanità al momento della sottoscrizione o in corso di Contratto all'Assicurato/Fiduciante saranno richieste informazioni aggiuntive o documenti giustificativi.

In assenza di risposte dell'Assicurato/Fiduciante, la Compagnia non potrà evadere la pratica o sarà obbligata a dichiarare il Contratto alle autorità fiscali.

RELAZIONI CON IL GRUPPO CRÉDIT AGRICOLE

L'Assicurato/Fiduciante ha rapporti con altre entità del Gruppo Crédit Agricole? ☐ Sì ☐ No

In caso affermativo, specificare il nome delle altre entità del Gruppo Crédit Agricole e il tipo di rapporto intrattenuto con ciascuna di esse:

_____

_____

_____

_____

DICHIARAZIONI E FIRMA DELL'ASSICURATO/FIDUCIANTE

Obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche

L'Assicurato/Fiduciante dichiara di essere stato debitamente informato degli obblighi legali e regolamentari in materia di lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento di attività terroristiche cui sono soggette le Compagnie assicurative e i Distributori assicurativi, in particolare ai sensi del regolamento lussemburghese del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, nonché del quadro legislativo e regolamentare europeo direttamente applicabile.

L'Assicurato/Fiduciante autorizza il Distributore assicurativo e la Compagnia a scambiare e a comunicare, ai sensi del regolamento del Commissariat aux Assurances N° 13/01 del 23 dicembre 2013, le informazioni richieste per la realizzazione dei controlli indicati nel suddetto regolamento.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito degli accordi sullo scambio automatico di informazioni stipulati tra i paesi dell'OCSE che partecipano al "Common Reporting Standard" (la cosiddetta "norma CRS").

L'Assicurato/Fiduciante dichiara di essere stato debitamente informato del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative al Contratto di assicurazione vita sottoscritto da Contraenti la cui residenza fiscale è situata fuori dal Lussemburgo, in uno Stato che partecipa alla norma "Common Reporting Standard" dell'OCSE in materia di scambio automatico di informazioni.

L'Assicurato/Fiduciante certifica che le risposte indicate nei paragrafi "Identificazione dell'Assicurato/Fiduciante", "Indirizzo di Residenza fiscale" e "Dati finanziari e patrimoniali" sono esatte.

Obbligo di dichiarazione nell'ambito dell'accordo intergovernativo FATCA siglato il 28 marzo 2014 tra il Granducato di Lussemburgo e gli Stati Uniti d'America.

L'Assicurato/Fiduciante dichiara di essere stato debitamente informato del fatto che le Compagnie assicurative sono soggette all'obbligo di comunicare all'amministrazione fiscale le informazioni relative ai soggetti statunitensi "US Person".

L'Assicurato/Fiduciante certifica che le risposte fornite nel paragrafo "Determinazione dello status di "US PERSON" – FATCA" sono esatte.

L'Assicurato/Fiduciante certifica che le informazioni fornite nel presente Dossier Informativo sono complete, esatte e veritiere. Eventuali reticenze, omissioni, inesattezze o false dichiarazioni impegnano la responsabilità dell'Assicurato/Fiduciante e, in funzione della loro intenzionalità, possono comportare la nullità del Contratto.

In caso di variazione dell'indirizzo di residenza, della situazione fiscale e/o della qualifica FATCA dell'Assicurato/Fiduciante, quest'ultimo si impegna a informarne la Compagnia a fornire entro trenta (30) giorni il presente Dossier Informativo aggiornato e i relativi documenti giustificativi.

Fatto il ____ ____ _____ a _____

Firma dell'Assicurato/Fiduciante	Firma del Distributore assicurativo

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tél. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

ALLEGATO AL MODULO DI PROPOSTA

Informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato

In vigore dal 01/11/2026

Numero di Proposta: _____

Denominazione del Contratto: _____

In caso di pluralità di Assicurati, ciascun Assicurato deve compilare il Documento.

Avvertenza: Le parole al maschile includono il femminile e viceversa e le parole al singolare includono il plurale.

IDENTITÀ DELL'ASSICURATO

	Assicurato
	☐ Signor ☐Signora
Cognome	
Nome	
Cognome da nubile	
Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
Comune di nascita	
Stato di nascita	
Professione	
Stato civile	☐Celibe/nubile ☐Coniugato o convivente ☐Vedovo ☐Divorziato o separato
Indirizzo di residenza	
Codice postale	
Città	
Stato	

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1. L'Assicurato soffre di problemi di salute, di malattie, di malformazioni congenite o di problemi in conseguenza di infortuni?

☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare:

_____

_____

Le dichiarazioni sullo stato di salute sono utili alla Compagnia per valutare il rischio assunto. Devono essere quindi rilasciate dall'Assicurato con particolare attenzione, tenendo conto delle avvertenze che seguono:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla Prestazione assicurativa;

a-bis) la lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico;

b) nel caso di prestazioni per il caso di morte o altre coperture che comunque richiedono di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato:

1) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

2) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;

3) l'Assicurato che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

***

In base alle informazioni qui fornite, la Compagnia potrà richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni e/o approfondimenti medici, inclusi referti o esami medici, necessari alla valutazione e all'accettazione del rischio assicurato. Se l'Assicurato si rifiuta di fornire tali informazioni o sottoporsi alle formalità mediche, la Compagnia si riserva il diritto di non accettare il Modulo di Proposta.

Nota bene!
Se l'Assicurato esercita il diritto all'oblio oncologico, questi non è tenuto a fornire dichiarazioni e indicazioni o a sottoporsi ad accertamenti medici in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi (-> tabella oblio oncologico).
Il diritto all'oblio si esercita trasmettendo alla Compagnia la certificazione rilasciatagli da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.
I Costi per gli eventuali accertamenti medici sono a carico del Contraente e sono rimborsati alla fine del periodo di Recesso dietro presentazione di fattura debitamente pagata e dettagliata.

2) È attualmente l'Assicurato di uno o diversi Contratti di assicurazione? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare le informazioni seguenti:

Numero di Contratti per i quali è l'Assicurato: _____

Contratto n°1

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°2

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°3

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

Contratto n°4

Nome della Compagnia di assicurazione: _____

Importo investito (in €): _____

Importo della Prestazione assicurativa in caso di decesso (in €): _____

Data di efficacia del Contratto: _____

Oggetto della sottoscrizione: _____

Beneficiari: _____

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

DICHIARAZIONI

- **L'Assicurato attesta di aver preso visione e acconsente al trattamento dei suoi dati personali ed in particolare acconsente al trattamento dei dati particolari (tra cui i dati biometrici, genetici e sullo stato di salute) relativi al suo stato di salute che saranno trattati dalla Compagnia e comunicati ai riassicuratori.**
- **L'Assicurato dichiara che le informazioni e dichiarazioni sopra rilasciate sono esatte, veritiere e non reticenti anche qualora non siano state scritte di suo pugno. L'Assicurato, è consapevole che la non veridicità o inesattezza delle dichiarazioni possono compromettere il diritto alla Prestazione Assicurativa , rendere il Contratto annullabile o comportare il Recesso della Compagnia.**

Fatto il ____ ____ _____ a _____

Firma dell'Assicurato/Fiduciante

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tél. : (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69

CRÉDIT AGRICOLE LIFE INSURANCE

ALLEGATO AL MODULO DI PROPOSTA

Oblio oncologico

In vigore dal 01/11/2026

L'oblio oncologico è il diritto della persona guarita da un tumore di non fornire informazioni sulla pregressa malattia, né di subire indagini per questo motivo, quando il tempo trascorso e le condizioni di salute la rendono irrilevante.

Ha diritto all'oblio oncologico ogni persona guarita da un tumore il cui trattamento terapeutico si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni per gli adulti o da cinque anni per i tumori diagnosticati prima del compimento del ventunesimo anno di età. Con decreto del 22 marzo 2024, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24 aprile 2024, il Ministero della Salute ha definito l'elenco delle patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dalla legge sull'oblio oncologico n. 193/2023. La relativa Tabella è riportata di seguito, allo scopo di guidare l'Assicurato nel rilasciare dichiarazioni corrette e veritiere in sede di sottoscrizione del Contratto.

TABELLA DELLE PATOLOGIE PER CUI È PREVISTO UN TERMINE INFERIORE A 10 O 5 ANNI PER LA MATURAZIONE DEL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite di dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico		
Tipo di tumore	**Specificazioni**	**Anni dalla fine del trattamento**
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	qualsiasi età	5
Testicolo	qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfoma di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemia	Acute (linfoblastiche e mieloidi) qualsiasi età	5

La Tabella, riportata a puro scopo informativo, è pubblicata nel Decreto del Ministero della Salute 22 marzo 2024 e riportata nel sito web della Compagnia al seguente link: https://www.cali-europe.com/it/la-nostra-offerta/le-nostre-soluzioni/le-nostre-soluzioni-italia/i-nostri-prodotti.

Mentre nel DIP Aggiuntivo IBIP sono riportate le corrette modalità di esercizio del diritto. Chieda al Suo medico se può avvalersi del diritto all'oblio oncologico.

CALI Europe - Société anonyme d'assurance vie
Sede legale: 9 allée Scheffer, Building C, L-2520 Luxembourg - R.C.S. Luxembourg B 75007
Indirizzo postale: BP 925, L-2019 Luxembourg
Tel.: (+352) 26 26 70 30 - Fax : (+352) 26 26 70 69