

MODULO DI PROPOSTA Ad Personam unit linked Plan

spazio riservato a Eurovita S.p.A.

Data di validità del Modulo di proposta: dal 3 dicembre 2019

Proposta di assicurazione n.°

Mod.

Luogo e data di sottoscrizione

cod. P.F.

Cognome e Nome

Nel caso siano previste modalità di proposta tramite Internet, il Modulo di proposta contiene le medesime informazioni di quello cartaceo.**CONTRAENTE**Cognome e Nome / Ragione Sociale M F Gruppo/Ramo attività econ. Sottogruppo attività econ. Luogo di nascita/constituzione Società / / Data di nascita/constituzione Società / / Codice fiscale/Partita IVA Indirizzo di residenza Comune C.A.P. Prov. Telefono / / Indirizzo e-mail Indirizzo Posta Elettronica Certificata Cittadinanza Documento d'identità N. documento Data di rilascio / / Autorità e località di rilascio **DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE***(Compilare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica)* **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale.**Cognome e Nome Luogo di nascita / / Data di nascita Indirizzo di residenza Comune C.A.P. Prov. Codice fiscale Documento d'identità N. documento Data di rilascio / / Autorità e località di rilascio **INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA/DOMICILIO DEL CONTRAENTE (se diverso dalla residenza)**Cognome e Nome / Ragione Sociale Indirizzo Comune C.A.P. Prov. Telefono / **ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)**Cognome e Nome M F Cittadinanza Luogo di nascita / / Data di nascita / / Codice fiscale Indirizzo di residenza Comune C.A.P. Prov. Telefono / **BENEFICIARI**

In caso di decesso dell'Assicurato:

Beneficiario 1:Cognome e Nome % Luogo di nascita/constituzione Società / / Data di nascita/constituzione Società / / Codice fiscale/Partita IVA Indirizzo di residenza Comune C.A.P. Prov. Telefono / / Indirizzo e-mail

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario*

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Originale per Eurovita S.p.A. • 1ª copia per la Società distributrice • 2ª copia per il Contraente • 3ª copia per il Promotore

p. 1/4

Eurovita S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - eurovita@legalmail.it - www.eurovita.it
Capitale sociale € 90.498.908 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 6/4/1992 (G.U. n. 85 del 10/04/1992) - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 03735041000 - Partita IVA n. 10637370155 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00104 e appartenente al Gruppo Eurovita, iscritto all'Albo Gruppi IVASS al n. 053 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.

Ad Personam unit linked Plan

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

Cognome e Nome _____ %

Luogo di nascita/costituzione Società _____

Data di nascita/costituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 3:

Cognome e Nome _____ %

Luogo di nascita/costituzione Società _____

Data di nascita/costituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 4:

Cognome e Nome _____ %

Luogo di nascita/costituzione Società _____

Data di nascita/costituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 5:

Cognome e Nome _____ %

Luogo di nascita/costituzione Società _____

Data di nascita/costituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati nati dell'Assicurato alla data del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati nati in parti uguali

Avvertenze:

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

La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

Cognome e Nome _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Firma del Contraente _____

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario* _____

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Ad Personam unit linked Plan

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, la **predefinita documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo**.

Firma del Contraente

Con riferimento alle comunicazioni successive in corso di contratto, il Contraente

 autorizza non autorizza

Eurovita S.p.A. ad **inviare in formato elettronico** le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da lui intrattenuti con l'Impresa. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione e prende atto che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni.

Il Contraente inoltre:

- si impegna a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo di proposta;
- è informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale;
- conserva la facoltà di revocare il presente consenso in ogni momento, dandone espressa comunicazione all'indirizzo areaclienti@eurovita.it. La revoca comporterà la riattivazione automatica dell'invio in formato cartaceo.

Firma del Contraente

TUTELA DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'Informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni di Assicurazione, **acconsentono** al trattamento dei dati personali per finalità assicurative di cui al punto 1. della citata informativa, consapevoli che il diniego del consenso non consentirà all'impresa di dare esecuzione al contratto assicurativo.

Il Contraente inoltre,

 acconsente non acconsente

al trattamento dei dati personali per finalità commerciali di cui al punto 2. della citata informativa, consapevole che il relativo consenso è facoltativo e l'eventuale diniego non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

AVVERTENZA

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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti alla data di decorrenza del contratto, sempreché l'Impresa abbia accettato la proposta di assicurazione ed abbia l'effettiva disponibilità del premio entro tale data sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Assegno circolare/bancario su piazza: 1 giorno dal ricevimento;
- Assegno bancario fuori piazza: 3 giorni dal ricevimento;
- Bonifico/Addebito in c/c presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e Eurovita S.p.A. sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. Eurovita S.p.A., entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONI DI ADEGUATEZZA DELL'OPERAZIONE RICHIESTA

Dichiaro **di aver fornito le informazioni** che mi sono state richieste circa la conoscenza ed esperienza in materia di servizi e di strumenti finanziari e, ove rilevante ai fini del servizio di consulenza, la mia situazione finanziaria, i miei obiettivi di investimento, nonché la mia propensione al rischio. Dichiaro di voler effettuare l'operazione richiesta dietro consiglio del Promotore Finanziario.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Promotore Finanziario*

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.