

MODULO DI PROPOSTA Eurovita Classic III

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

spazio riservato a Eurovita S.p.A.

Proposta di assicurazione n.° _____

Mod. _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

cod. Consul. _____

Cognome e Nome _____

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 _____

Cittadinanza _____

 Documento d'identità⁽¹⁾ _____

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 Consulente⁽¹⁾ _____

⁽¹⁾ Firma del Consulente, 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 Consulente

p. 1/5

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.

Beneficiario 2:

_____ %

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:

_____ %

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:

_____ %

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:

_____ %

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 natiuri 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 natiuri 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:

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

(1) Firma del Consulente, 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.

PROGRAMMA STOP LOSS

Il Contraente aderisce al *Programma Stop Loss* e richiede di fissare il livello di Stop Loss nella seguente percentuale: 5% 10%

 PROGRAMMA STOP LOSS (CON PROGRAMMA PERIODICO DI INVESTIMENTO)

Il Contraente aderisce al *Programma Stop Loss* con *Programma Periodico di Investimento* e richiede di fissare il livello di Stop Loss nella seguente percentuale: 5% 10%
 Nel caso in cui sia raggiunto il livello di Stop Loss sopra indicato, sarà attivato automaticamente un *Programma Periodico di Investimento* con le seguenti caratteristiche:

frequenza settimanale mensile**durata** 1 mese 6 mesi 12 mesi 6 mesi 12 mesi 24 mesi

asset di destinazione: corrisponderà all'ultima scelta di investimento effettuata dal Contraente prima del trasferimento in Linea Liquidità.

 PROGRAMMA PERIODICO DI INVESTIMENTO

Il Contraente aderisce al *Programma Periodico di Investimento*, con le seguenti caratteristiche:

frequenza settimanale mensile**durata** 1 mese 6 mesi 12 mesi 6 mesi 12 mesi 24 mesi

asset di destinazione: si rinvia alla sezione "Scelta d'investimento"

L'adesione comporta che il premio unico iniziale sia investito alla data di decorrenza del contratto nei fondi componenti la Linea Liquidità.

SERVIZIO OPZIONALE PROGRAMMA DI RIBILANCIAMENTO AUTOMATICO (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel caso in cui il Contraente decida di aderire al seguente servizio opzionale:

 PROGRAMMA DI RIBILANCIAMENTO AUTOMATICO

Il Contraente aderisce al *Programma di Ribilanciamento Automatico*

Programma Fund Monitor, *Programma Stop Loss*, *Programma Periodico di Investimento* e *Programma di Ribilanciamento Automatico* sono regolati dall'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione ed il costo è previsto all'art. 21.

COPERTURA AGGIUNTIVA E OPZIONALE CASO MORTE PROGRAMMA PROTEZIONE (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel caso in cui il Contraente decida di richiedere la seguente copertura aggiuntiva e opzionale

 COPERTURA PROGRAMMA PROTEZIONE

Il Contraente richiede la sottoscrizione della copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* che prevede una maggiorazione del capitale assicurato pari a un importo fisso aggiuntivo di:

Euro _____, 00 (indicare Euro 50.000 o Euro 100.000)

La copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* è regolata dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e comporta i costi previsti all'art. 21. La copertura può essere richiesta solo per contratti con Assicurato di età inferiore ai 66 anni compiuti alla data di entrata in vigore. La copertura ha durata un anno dalla data di entrata in vigore, e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, sempreché alla data di rinnovo l'Assicurato abbia un'età inferiore ai 70 anni compiuti e la copertura assicurativa principale sia ancora in essere. Resta ferma la facoltà del Contraente di comunicare all'Impresa la propria volontà di non rinnovare la copertura che deve pervenire all'Impresa al più tardi il giorno 15 del mese antecedente la data di rinnovo mediante lettera raccomandata A/R o tramite l'apposito modulo disponibile presso la Società distributrice.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO **DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE**

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Assicurato attesta il proprio stato di salute, e in particolare conferma:

- di avere una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
- di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
- di non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica);
- di non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (*) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità).

(*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato **DICHIARA** di non avere in vigore la copertura *Programma Protezione* su altri contratti emessi da Eurovita S.p.A.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____

Prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, quale soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

Firma del Contraente _____

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Consulente⁽¹⁾ _____

⁽¹⁾ Firma del Consulente, 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.

DICHIARAZIONE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto gratuitamente i seguenti documenti, componenti il set informativo:

- il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, in tempo utile per poterle valutare il contenuto;
- il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP);
- le Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario.

 Firma del 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 predetta 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 il secondo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa 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 bancario: 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.

 Firma del Contraente

 Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

 Firma del Consulente⁽¹⁾

 Timbro e Firma della Società distributrice

⁽¹⁾ Firma del Consulente, 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.