

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N. _____

ABI _____

CAB _____

SPORTELLO _____

Rif.to Progetto Personalizzato N. _____

Rif.to Preventivo N. _____

CODICE MUTUO _____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE AD ADESIONE FACOLTATIVA

Il presente contratto è regolato dalle Condizioni di Assicurazione di cui anche questa polizza forma parte integrante.

contenute nel Set informativo

ASSICURATO

Cognome e Nome
Luogo e data di Nascita
Residenza
Professione
Fumatore

Codice Fiscale
Sesso

Sport _____

CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome e Nome
Luogo e data di nascita
Residenza
Documento (tipo e numero)
Luogo e data
Ragione Sociale
Sede legale
E-MAIL

Codice Fiscale
Sesso

Rilasciato da _____

Codice Fiscale
SAE
Tel.
RAE _____

BENEFICIARI

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.

DATI DI DETTAGLIO BENEFICIARI

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Tel. _____

e-mail _____

Percentuale _____

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Tel. _____

e-mail _____

Percentuale _____

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Tel. _____

e-mail _____

Percentuale _____

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome _____

C.F. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Tel. _____

e-mail _____

Percentuale _____

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.

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.	ABI	CAB	SPORTELLO
---	-----	-----	-----------

Rif.to Progetto Personalizzato N.		Rif.to Preventivo N.	
--	--	-----------------------------	--

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE		
Cognome Nome		
C.F.	Data di nascita	Luogo di nascita
Indirizzo		
Tel.	e-mail	Percentuale

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:		
Cognome Nome		
Indirizzo		
Tel.	e-mail	

DATI ASSICURATIVI

Tipo Prodotto		
Denominazione Prodotto		
Codice Tariffa	Tipo Premio	Frazionamento
Età assicurativa	Data decorrenza	Convenzione
Durata garanzia		
Data scadenza	Periodicità ammortamento	
Tasso ammortamento	Durata pagamento premi	
Premio netto	€	
Premio a copertura del rischio morte o morte e invalidità	€	
Spese di emissione	€	
Sovrappremi: Professionale	€	
Sanitario	€	
Sportivo	€	
Capitale iniziale assicurato	€	
Ammontare dei costi a carico del Contraente	€	
(di cui percepiti dall'Intermediario	€)

Premio netto rata	€	+
Interessi di frazionamento	€	+
Imposte	€	+
Diritti	€	+
Spese Mediche	€	=
Premio lordo rata	€	

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.	ABI	CAB	SPORTELLO
---	-----	-----	-----------

Rif.to Progetto Personalizzato N.	Rif.to Preventivo N.
--	-----------------------------

MODALITA' DI PAGAMENTO

Modalità di pagamento premio iniziale: BONIFICO BANCARIO ADDEBITO DIRETTO

AUTORIZZO L'ADDEBITO DEL PREMIO LORDO DI EMISSIONE SUL MIO CONTO CORRENTE, COME DI SEGUITO IDENTIFICATO:

IBAN _____ Il Contraente _____

Modalità di pagamento premi successivi: BONIFICO BANCARIO ADDEBITO DIRETTO

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento della sua conclusione, rivolgendosi allo sportello bancario che ha emesso il contratto oppure inviando una lettera raccomandata a Eurovita S.p.A. - Via Frà Riccardo Pampuri 13 - 20141 MILANO. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso, Il Contraente e l'Impresa sono liberati dalle rispettive obbligazioni.

AVVERTENZE

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;

b) prima della compilazione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;

c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI 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 contratto, 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, _____ 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.

L'Assicurato _____ Il Contraente _____

PROGETTO GREEN

Autorizzo Eurovita S.p.A. ad inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da me intrattenuti con l'Impresa. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da me indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione.

Prendo atto ed accetto che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni.

Inoltre: a) mi impegno a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo; b) sono informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale; c) conservo la facoltà di revocare il presente consenso in ogni momento, dandone espressa comunicazione all'indirizzo area-clienti@eurovita.it. La revoca comporterà la riattivazione automatica dell'invio in formato cartaceo.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI

I sottoscrittori Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente polizza, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premi risultante dalla documentazione contabile rilasciata dalla Banca, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che Eurovita S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Il Contraente dichiara, inoltre:

- di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- di essere consapevole che il consenso dell'Impresa è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Set informativo.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

L'Assicurato _____ Il Contraente _____

DICHIARO DI AVER RICEVUTO I SEGUENTI DOCUMENTI, COMPONENTI IL SET INFORMATIVO, DI AVERNE PRESO VISIONE E DI ACCETTARLI IN OGNI LORO PARTE:

A) DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE PER I PRODOTTI ASSICURATIVI VITA DIVERSI DAI PRODOTTI DI INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP VITA) B) DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI ASSICURATIVI VITA DIVERSI DAI PRODOTTI DI INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP AGGIUNTIVO VITA); D) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (MOD _____), COMPRENSIVE DI GLOSSARIO NONCHÉ IL DOCUMENTO INFORMATIVO DI CUI ALL'ALLEGATO 3 E 4 E, SOLO OVE PREVISTO, ALLEGATO 4 TER DEL REGOLAMENTO IVASS 40-2018.

Il Contraente _____

Eurovita S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - eurovita@legalmil.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.

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.	ABI	CAB	SPORTELLO
---	-----	-----	-----------

Rif.to Progetto Personalizzato N.	Rif.to Preventivo N.
--	-----------------------------

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA

I sottoscrittori Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente) dichiarano:

- di essere consapevoli che l'adesione alla polizza è facoltativa;
- di essere consapevoli circa la libertà di ricercare sul mercato prodotti analoghi.

L'Assicurato _____

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: - Art. 3 Aggravamento del rischio - Art. 4 Esclusioni - Art. 5 Pagamento delle prestazioni - Art. 7 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 8 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 10 Pagamento del Premio - Art. 11 Risoluzione del contratto - Art. 12 Riattivazione del contratto - Art. 13 Costi - Art. 17 Cessione, Pegno e Vincolo del contratto - Art. 18 Riscatti e Prestiti - .

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI

Accettazione Rischio: PROFESSIONALE SPORTIVO
(Le attività sportive NON ASSICURABILI non comportano copertura del rischio).

Carenza

Il Contraente _____

Luogo di emissione _____

Data di emissione _____

EUROVITA S.p.A.

Il Contraente _____

Il Contraente e l'Assicurato hanno apposto la propria firma in presenza dell'Incaricato della Filiale.

Timbro della Filiale e firma dell'Incaricato

Il Contraente _____

DATI DI DETTAGLIO BENEFICIARI**BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE**

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

BENEFICIARIO

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento**BENEFICIARIO**

Cognome Nome

C.F.

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo

Tel.

e-mail

Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento*Da compilare facoltativamente:***Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:**

Cognome Nome

Indirizzo

Tel.

e-mail

Il Contraente _____

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.

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. a Eurovita S.p.A., Via Frà 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 a Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. a Eurovita S.p.A., Via Frà Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano oppure tramite l'intermediario che ha emesso il contratto. 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

I sottoscrittori Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente proposta, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premio risultante dalla documentazione contabile rilasciata dalla Banca, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che Eurovita S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Il Contraente dichiara, inoltre:

- di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- di essere consapevole che il consenso della Società è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Set informativo;
- di _____ Eurovita SpA 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 ed accetta che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni. Il Contraente inoltre: a) si impegna a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo; b) è informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale; c) 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;
- che alla data di sottoscrizione della presente Proposta non ha rapporti partecipativi superiori al 25% con altri soggetti, come da dichiarazione allegata (il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Eurovita S.p.A. eventuali variazioni nel corso della durata contrattuale).

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

AVVERTENZE

- 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;**
b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute o della compilazione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;
c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO GRATUITAMENTE I SEGUENTI DOCUMENTI, COMPONENTI IL SET INFORMATIVO:
- IL DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE PER I PRODOTTI DIVERSI DAI PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP VITA);
- IL DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI DIVERSI DAI PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP AGGIUNTIVO VITA);
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DI GLOSSARIO,
NONCHE' IL DOCUMENTO INFORMATIVO DI CUI ALL'ALLEGATO 3 E 4 E, SOLO OVE PREVISTO, ALLEGATO 4 TER
DEL REGOLAMENTO IVASS 40-2018.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONE SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: - Art. 3 Aggravamento del rischio - Art. 4 Esclusioni - Art. 5 Pagamento delle prestazioni - Art. 7 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 8 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 10 Pagamento del Premio - Art. 11 Risoluzione del contratto - Art. 12 Riattivazione del contratto - Art. 13 Costi - Art. 17 Cessione, Pegno e Vincolo del contratto - Art. 18 Riscatti e Prestiti - .

Il Contraente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI 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 contratto, 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, _____ 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.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

Timbro della Filiale e firma dell'incaricato _____

Il Contraente _____

Luogo di emissione _____

Data di emissione _____

EUROVITA S.p.A.