

MODULO DI PROPOSTA Ad Personam unit linked Plan

spazio riservato a Eurovita S.p.A.

Data di validità del Modulo di proposta: dall'1 gennaio 2023

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.

Ad Personam unit linked Plan

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

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 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

PIANO PROGRAMMATO

Durata del piano espressa in annualità di premio: 11 annualità 16 annualità 21 annualità

Premio Annuo Euro _____, _____ Data di decorrenza ____/____/____

(min. Euro 3.000 per durata 11 annualità / min. Euro 2.400 per durata 16 /min. Euro 1.800 per durata 21)

Il premio annuo non potrà in ogni caso essere di importo superiore a Euro 10.000

Costo fisso per spese di emissione: pari a Euro 50 e prelevato dal primo premio annuo

Il primo premio annuo viene corrisposto in un'unica soluzione mediante:

 Bonifico sul c/c n.° 505443/57 - ABI 03442 - CAB 14239 - IBAN: IT 64 K 03442 14239 000050544357 presso Wise Dialog Bank S.p.A. a favore di Eurovita S.p.A. Addebito in c/c presso Wise Dialog Bank S.p.A. a favore di Eurovita S.p.A. Assegno bancario non trasferibile ordine Eurovita S.p.A. Assegno circolare non trasferibile ordine Eurovita S.p.A._____
ABI CAB Assegno n.°

Il pagamento del premio alla firma si intende effettuato dal Contraente.

Non è ammesso il pagamento in contanti.

Il premio annuo successivo al primo verrà frazionato in rate con ricorrenza mensile e sarà corrisposto mediante: addebito automatico diretto sul conto corrente del Contraente presso Wise Dialog Bank, se il Modulo è sottoscritto tramite internet, oppure con addebito automatico diretto sul conto corrente del Contraente indicato **sul mandato per addebito diretto SEPA in allegato**.*La rateazione decorrerà dalla prima data utile per il frazionamento scelto dal Contraente, a condizione che l'impresa abbia la disponibilità della prima rata di premio periodico annuo, come previsto dall'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.*

SCelta DEI FONDI

Il Contraente potrà scegliere tra i fondi elencati nell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione per un minimo di 5 ed un massimo di 40 fondi appartenenti ad almeno tre diverse Gamme di fondi esterni ed inserire la percentuale desiderata (senza decimali).

Codice	%		Codice	%		Codice	%		Codice	%	
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__	_____	%	__
										Totale	100%

minimo Euro 100 per fondo, massimo 25% per fondo

NOTE

DICHIARAZIONE

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

- il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, in tempo utile per poterne 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_____
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) relativo alle 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

Le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto saranno inviate al Contraente in formato cartaceo. Il Contraente ha facoltà di scegliere di ricevere le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto unicamente in formato digitale registrandosi all'Area web Riservata ai Clienti Eurovita disponibile sul sito www.eurovita.it e selezionando l'apposita opzione. In tal caso, il Contraente riceverà via e-mail l'avviso di avvenuta pubblicazione delle comunicazioni nell'Area web Riservata. L'informativa relativa all'Area web Riservata è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il Contraente non scelga tale opzione, le medesime comunicazioni saranno inviate in formato cartaceo.

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.

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.