



polizzamigliore.it

Protetti con l'assicurazione giusta

MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Sede Legale e Direzione Generale:
Via dei Maroniti n° 12 - 00187 Roma
Telefono 06.474821 - Telefax 06.42900089

EUROVITA
ASSICURAZIONI

Capitale Sociale Euro 113.720.835,14 i.v.
Iscritta al n° 03769211008 Registro Imprese - C.C.I.A.A. di Roma
Iscritta al n° 1.00099 Albo Imprese Assicurazione - Sez. I
Cod. Fisc. e Part. IVA 03769211008

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

La presente Proposta è regolata dalle Condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo informativo di cui anche questa Proposta forma parte integrante.

SEZIONE ANAGRAFICA

ASSICURATO (compilare solo in caso di Assicurato diverso da Contraente)

Cognome e Nome _____ C.F. _____
Luogo e Data di Nascita _____ Sesso _____
Residenza _____

CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE

Cognome Nome/Rag.Sociale _____ C.F./P.Iva _____
Luogo e Data di nascita/Costituzione _____ Sesso _____
Nazionalità _____ Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ U.S. Person
Residenza/Sede Legale _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Paese _____
e-mail _____ Tel. _____ SAE _____ RAE _____
Domicilio/Sede operativa: _____
(se diverso da Residenza/Sede Legale)
Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Paese _____
Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____
Luogo e data di rilascio _____
Persona politicamente esposta: (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo)
Provincia/Stato dell'attività economica: _____

ESECUTORE (compilare solo in caso di Assicurato diverso da Contraente)

Cognome Nome _____ C.F. _____
Luogo e Data di nascita _____ Sesso _____
Nazionalità _____ Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Residenza _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Paese _____
Domicilio _____
(se diverso da Residenza)
Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Paese _____
Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____
Luogo e data di rilascio _____
Persona politicamente esposta: (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo)
Provincia/Stato dell'attività economica: _____

BENEFICIARI

DATI ASSICURATIVI

Denominazione Prodotto _____ Cod. Tariffa _____ Conv. _____
Tipo Premio Unico Annuale Ricorrente
Frazionamento Annuo Trimestrale Quadrimestrale Semestrale Mensile
Durata _____ Importo Premio € _____
Data Proposta _____ Età assicurativa _____ Spese di emissione € _____

Per Prodotti TCM / TERMINE FISSO:

Capitale iniziale assicurato € _____ Garanzie complementari e accessorie € _____
Periodicità ammortamento _____ Tasso ammortamento _____
Durata pagamento premi _____
Professione dell'Assicurato _____
Sport dell'Assicurato _____ Fumatore

Mod. VITASS EPR ed.10-15.0



MODALITA' DI PAGAMENTO

Modalità di pagamento premio iniziale:

BONIFICO BANCARIO (IBAN EUROVITA IT19T0500003200CC0027011400)

ASSEGNO N° _____ IBAN _____

Intestatario c/c _____

(l'assegno dovrà essere intestato a EUROVITA ASSICURAZIONI S.p.A.)

Il Contraente dichiara di essere intestatario del conto corrente di trazione dell'assegno

Il Contraente _____

Modalità pagamento premi successivi:

BONIFICO BANCARIO (IBAN EUROVITA IT19T0500003200CC0027011400)

ADDEBITO DIRETTO su IBAN _____ intestatario c/c _____

Il Contraente autorizza l'addebito diretto SDD del premio sul proprio conto corrente

Il Contraente _____

CRITERI DI INVESTIMENTO (compilare solo in caso di prodotti multiramo)

Stile di Gestione prescelto – CRITERI DI INVESTIMENTO DEI PREMI VITA:

% ai fini del Capitale Rivalutabile

% ai fini del Capitale Unit Linked Fondo _____

DIRITTO DI REVOCA

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, tramite fax al numero 0642900089 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Eurovita Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Assunzioni – Via dei Maroniti n. 12 00187 Roma.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 gg. dalla data della sua conclusione, rivolgendosi allo sportello bancario che ha emesso il contratto oppure inviando una lettera raccomandata a Eurovita Assicurazioni S.p.A. - Via dei Maroniti, 12 - 00187 ROMA. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e la Compagnia sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. La Compagnia, entro 30 gg dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle condizioni di contratto, al netto delle spese di emissione e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'Art. 23 D.Lgs: 196/2003)

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto l'Informativa sulla Privacy (ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003) e acconsentono al trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili e giudiziari, ove esistenti) per le finalità indicate nel punto A dell'Informativa (Raccolta dei dati e finalità del Trattamento).

Il Contraente e l'Assicurato, inoltre *acconsente/non acconsente* al trattamento dei dati personali per le finalità di cui al punto B dell'Informativa (Modalità del Trattamento e Comunicazione dei Dati).

L'Assicurato _____

Il Contraente _____

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 Contratto;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che Eurovita Assicurazioni S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale solo al momento della conferma della presente Proposta, fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Mod. VITASS EPR ed.10-15.0



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 Fascicolo informativo.

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

L'Assicurato _____

Il Contraente _____

Il Contraente dichiara, sotto la propria responsabilità, che alla data di sottoscrizione della presente Proposta:

- non ha rapporti partecipativi superiori al 25% con altri soggetti;
- ha rapporti partecipativi superiori al 25% come da dichiarazione allegata.

Il Contraente si impegna inoltre a comunicare entro 30 giorni dalla data di conferma della presente Proposta a Eurovita Assicurazioni S.p.A. eventuali variazioni nel corso della durata contrattuale rispetto a quanto sopra dichiarato.

L'Assicurato _____

Il Contraente _____

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO LA SCHEDA SINTETICA, LA NOTA INFORMATIVA, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, IL GLOSSARIO E IL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA CONTENUTI NEL FASCICOLO INFORMATIVO, - REDATTI SECONDO LE DISPOSIZIONI DELL'IVASS - E I DOCUMENTI INFORMATIVI DI CUI ALL'ALLEGATO 7B DEL REGOLAMENTO ISVAP 5-2006.

DICHIARAZIONE 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:

Per prodotti Multiramo:

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 3 Rischio di morte - Art. 8 Premi - Art. 9 Risoluzione del contratto - Art. 10 Costi - Art. 13 Riscatto - Art. 15 Prestiti - Art. 20 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 21 Cessione Pegno e Vincolo della Polizza.

Per prodotti Rivalutabili:

Art. 7 Premi - Art. 8 Risoluzione del contratto - Art. 9 Costi - Art. 11 Riscatto - Art. 13 Prestiti - Art. 14 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 15 Cessione, Pegno e Vincolo della Polizza.

Per prodotti TCM:

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 8 Rischio di morte - Art. 9 Premi - Art. 10 Costi - Art. 12 Riscatto - Art. 13 Prestiti - Art. 14 Risoluzione del contratto - Art. 15 Riduzione - Art. 16 Riattivazione - Art. 18 Cessione, Pegno e Vincolo della polizza - Art. 19 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 22 Aggravamento del rischio - Art. 23 Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità totale e permanente.

Per prodotti A TERMINE FISSO:

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente-Assicurato - Art. 8 Rischio di morte - Art. 9 Premi - Art. 10 Costi - Art. 12 Riscatto - Art. 13 Prestiti - Art. 14 Risoluzione del contratto - Art. 15 Riduzione - Art. 16 Riattivazione - Art. 19 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 22 Aggravamento del rischio.

Per prodotto GOLD PROTECTION:

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 9 Valutazione del Rischio - Art. 11 Costi - Art. 13 Riscatto - Art. 14 Riduzione - Art. 15 Prestiti - Art. 16 Risoluzione del contratto - Art. 17 Riattivazione - Art. 19 Cessione, Pegno e Vincolo della polizza - Art. 20 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 23 Aggravamento del rischio - Art. 26 Definizione di Invalidità Totale e Permanente - Art. 27 Esclusioni dalle garanzie - Art. 29 Denuncia e accertamento dello stato di invalidità.

Per prodotto EUROTIME EASY A PREMIO ANNUO:

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 8 Rischio di morte - Art. 9 Premi - Art. 10 Costi - Art. 12 Riscatto - Art. 13 Prestiti - Art. 14 Risoluzione del contratto - Art. 15 Riduzione - Art. 16 Riattivazione - Art. 18 Cessione, Pegno e Vincolo della Polizza - Art. 19 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 25 Esclusioni dalle garanzie - Art. 26 Obblighi in caso di sinistro.

Il Contraente _____

Mod. VITASS EPR ed.10-15.0



AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- b) Prima della sottoscrizione del contratto, il Contraente è tenuto a leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Documento di Polizza nonché a verificare l'esattezza delle informazioni fornite. Si segnala che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal Contraente/Assicurato nella fase assuntiva e di stipulazione del contratto sulle circostanze che riguardano il rischio assicurato potrebbero compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi dell'art. 1892 c.c e 1893 c.c.
- 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 evidenza del costo a carico dell'Assicurato medesimo.
- d) Per la stipulazione di contratti che richiedono il preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato, in fase assuntiva lo stesso deve obbligatoriamente sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

PROGETTO GREEN

Autorizzo Eurovita Assicurazioni SpA ad inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da me intrattenuti con la Compagnia. 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 Assicurazioni S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni e sarà eseguita in adempimento agli obblighi di informativa in corso di contratto stabiliti dagli artt. 13 e seguenti del Regolamento Ivass n. 35 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel *Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto* o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Luogo di emissione _____

Il Contraente _____

Data di emissione _____

Il Contraente e l'Assicurato hanno apposto la loro firma in presenza dell'Intermediario incaricato

Il Contraente _____

L'Intermediario _____

L'Assicurato _____



EUROVITA
ASSICURAZIONI
Sponsor ufficiale arbitri italiani di calcio

Via dei Maroniti, 12 - 00187 Roma



Impresa autorizzata ad esercitare in Italia le assicurazioni e la riassicurazione nel ramo vita nonché le operazioni di capitalizzazione con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 28 agosto 1991 (Gazzetta Ufficiale del 2 settembre 1991 n. 205)

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671