ARCA VITA

PROPOSTA DI CONTRATTO
ARCA MY FAMILY - 180

CONVENZIONE:	FILIALE/AGENZIA:	COLLOCATORE:	N. PROPOSTA VITA:

MOD 00/21 IVASS

CONTRAENTE

Ragione Sociale: P.IVA:
SAE: ATECO:
Indirizzo: Provincia: CAP:
Comune: Cab Comune: Cod Paese:
Tipo Società:

ESECUTORE

Cognome e nome: Codice Fiscale
Comune di Nascita: Data di nascita Sesso:
Indirizzo: Provincia: CAP:
Comune: Rappresentante Legale:
Documento di riconoscimento n.: Tipo Documento:
Ente Emittente: Data emissione: Data scadenza:

ASSICURATO

Cognome e nome: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Data di nascita: Sesso:
Professione:
Indirizzo: Provincia: CAP:
Comune: Cod Paese:

FAC SIMILE

Dichiaro di:
aver preso visione prima della sottoscrizione della presente proposta, dell'informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento dell'intermediario;
aver ricevuto e letto prima della sottoscrizione della presente proposta, l'informativa precontrattuale sui dati essenziali dell'intermediario e della sua attività, le informazioni in materia di conflitto di interessi ed il Set Informativo

Luogo e data:

Il Contraente _____

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente per consenso alla conclusione del contratto sulla propria vita)

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

ARCA VITA

PROPOSTA DI CONTRATTO
ARCA MY FAMILY - 180

CONVENZIONE: FILIALE/AGENZIA: COLLOCATORE: N. PROPOSTA VITA:

BENEFICIARI CASO MORTE

MOD 00/23 IVASS

Cognome e nome: Data di nascita:
Sesso: Codice fiscale/Partita IVA:
Comune di nascita: Provincia di nascita:
Indirizzo: Prov.: CAP: Comune:
Relazione con il contraente:
Indirizzo e-mail:

Avvertenza: la modifica o revoca del/dei beneficiario/i deve essere comunicata all'impresa, fermo restando quanto previsto dagli artt. 1920 e 1921 del cc.

FAC SIMILE

Luogo e data:

Il Contraente _____

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

ARCA VITA

PROPOSTA DI CONTRATTO
ARCA MY FAMILY - 180

CONVENZIONE: FILIALE/AGENZIA: COLLOCATORE: N. PROPOSTA VITA:

DURATA DEL CONTRATTO MOD 00/21 IVASS

Decorrenza: Durata in anni: Scadenza:

PRESTAZIONI

Prestazione assicurativa iniziale per la garanzia base (morte): €

Garanzie complementari:

VERSAMENTI

Tipo premio: pari a € pagabile in rate pari a €

così composto: Premio netto a condizioni standard per la garanzia base (morte): €

Spese di emissione: € Interessi di frazionamento: €

Caricamento applicato: % del premio netto della garanzia base

TOTALE PREMIO COMPLESSIVO: €

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN C/C

Il Contraente autorizza la Banca, in conformità alla Normativa vigente inmateria di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13 comma 4, del d.lgs. n.11/2010, ad addebitare il conto corrente sotto indicato per il premio iniziale e quelli successivi.

Euro IBAN di addebito: bic:

I premi dovranno essere corrisposti con addebito sul c/c indicato in proposta. In caso di estinzione di tale c/c eventuali premi successivi, se previsti dal contratto, potranno essere corrisposti mediante bonifico bancario a favore della Compagnia, specificando nella causale nome e cognome del contraente ed il numero di polizza.

NOTA BENE

Le coperture assicurative saranno prive di effetto fino al giorno in cui il premio di perfezionamento del contratto non risulterà incassato dalla Compagnia.

FAC SIMILE

Luogo e data:

Il Contraente _____

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

ARCA VITA

PROPOSTA DI CONTRATTO
ARCA MY FAMILY - 180

CONVENZIONE:	FILIALE/AGENZIA:	COLLOCATORE:	N. PROPOSTA VITA:

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO MOD 00/23 IVASS

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto. La comunicazione di revoca può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare la proposta a cui la comunicazione di revoca si riferisca. Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui è informato della sua conclusione salvo un eventuale termine più favorevole, se espressamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione. La comunicazione di recesso può essere sottoscritta presso l'intermediario collocatore o può essere inviata alla Compagnia presso la sua sede legale, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente gli elementi idonei ad identificare il contratto a cui si riferisca. L'importo che Arca Vita S.p.A. rimborserà al Contraente entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca o di recesso è indicato nelle condizioni di assicurazione.

** INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DI PAGAMENTO **

I PREMI DOVRANNO ESSERE CORRISPOSTI CON ADDEBITO SUL C/C DEL CONTRAENTE INDICATO IN PROPOSTA.IN CASO DI ESTINZIONE DI DETTO C/C I PREMI SUCCESSIVI POTRANNO ESSERE CORRISPOSTI CON B BONIFICO SUL C/C DI ARCA VITA S.P.A.: IT 39 L 05387 11700 000001136164

**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.È FATTO SALVO IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO.
B) PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PRE VISTO), L'ASSICURATO VERIFICA L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO E PUO'CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON EVIDENZA DEL COSTO A SUO CARICO

** APPROVAZIONE SPECIFICA DELLE CLAUSOLE **

AI FINI DEG LI ARTT.1341-1342 DEL COD.CIV. APPROVO SPECIFICATAMENTE I SEGUENTI ARTICOLI:2-PERDITA DEI REQUISITI DI SOTTOSCRIZIONE 4-VALUTAZIONE DEL RISCHIO; 5-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-ESCLUSIONI; 6-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-CARENZA; 8-DENUNCIA DI SINISTRO E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI; 9-PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA; 12-CONCLUSIONE,DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE;14-SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE;15-REVOCA DELLA PROPOSTA;16-RECESSO; 19-VARIAZIONI CONTRATTUALI; 20- CESSIONE,PEGNO, VINCOLO; 25-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-ESCLUSIONI; 26-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-CARENZA; 27-DENUNCIA DI SINISTRO E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI; 28-VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO; 29- PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA.

Il Contraente _____

FACSIMILE

ELENCO ATTIVITÀ LAVORATIVE
ESTRAZIONE PETROLIO/GAS NATURALI IN MARE E/O IN TERRAFERMA;IN MINIERE;IN ALTIFORNI;A CONTATTO CON:ESPLOSIVI;MATERIALI INFIAMMABILI; RADIOATTIVI;AMIANTO;AD ALTEZZE SUPERIORI A 5MT DAL SUOLO;FORZE ARMATE;VIGILI DEL FUOCO;ATTIVITÀ LAVORATIVE SUBACQUEE;ARTISTA;ATTIVITÀ LAVORATIVE IN REGIONI IN STATO DI CRISI O CALAMITÀ;GUARDIE DEL CORPO;SERVIZI DI ORDINE PUBBLICO,ES.POLIZIA E CARABINIERI,CON LAVORO DI SOLO CONTROLLO DEL TRAFFICO VEICOLARE O CON LAVORO NON AMMINISTRATIVO E MANSIONI DIVERSE DAL SOLO CONTROLLO DEL TRAFFICO VEICOLARE; CASALINGA;STUDENTE;PENSIONATO;DISOCCUPATO;BENESTANTE.

ELENCO ATTIVITÀ SPORTIVE
QUALUNQUE COME PROFESSIONISTA;
NON COME PROFESSIONISTA:ARTI MARZIALI;SPORT A EREI(DELTAPLANO,PARACADUTISMO,ETC);IMMERSIONI SUBACQUEE CON AUTORESPIRATORE; IMMERSIONI SUBACQUEE OLTRE 40 MT/IN CAVERNE/SOTTO I GHIACCI;SPORT CON MEZZI A MOTORE(SU STRADA,FUORI STRADA,SU ACQUA,ETC);ATTIVITÀ SPORTIVE IN MONTAGNA (SCI/SNOWBOARD,ARRAMPICATE SU PARETI ARTIFICIALI/INDOOR/NATURALI DI OGNI GRA DO,CAMMINATE,ESCURSIONI/TREKKING,ESCURSIONI SU NEVE CON CIASPOLE,SCIALPINISM O,ALPINISMO,ELISCI,ETC); QUALSIASI ATTIVITÀ SPORTIVA IN MONTAGNA SOPRA I 5000 MT O IN ANTARTIDE,ARTICO,ALASKA, GROENLANDIA;PASSEGGIATE NON COMPETITIVE A CAVALLO;ALLENAMENTO/PARTECIPAZIONE A COMPETIZIONI IPPICHE;HOCKEY SU GHIACCIO.

Luogo e data:

Il Contraente _____

Il Collocatore _____

attesta la regolarità e l'autenticità di tutte le sottoscrizioni e la preventiva identificazione da parte sua dei firmatari.

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

ARCA VITA

PROPOSTA DI CONTRATTO
ARCA MY FAMILY - 180

CONVENZIONE: FILIALE/AGENZIA: COLLOCATORE: N. PROPOSTA VITA:

QUESTIONARIO SANITARIO MOD 00/23 IVASS

L'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Cognome e Nome dell'Assicurato: Data di Nascita:

Altezza [cm]: Peso [kg]:

1) Ha mai subito un ricovero o intervento chirurgico e/o è attualmente in attesa di ricovero (esclusi ricoveri e interventi per appendicectomia, tonsillectomia, parto, meniscectomia e/o fratture non ricorrenti e senza complicanze o postumi), fatti salvi i casi regolamentati dalla legge sull'oblio? In caso affermativo specificare data e patologia.

2) Fatto salvo il diritto all'oblio oncologico, negli ultimi 5 anni si è sottoposto a esami clinici, visite mediche o esami strumentali (ad es. ecografie, radiografie, RM, TAC, ecc.) per una patologia o per un infortunio? In caso affermativo specificare data e patologia.

3) Ha mai subito infortuni che hanno causato postumi permanenti o non stabilizzati? In caso affermativo specificare data e patologia.

4) Fatto salvo il diritto all'oblio oncologico, le sono stati prescritti o ha in programma di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti strumentali/esami laboratoristici o ricoveri ospedalieri (compreso day hospital) per una sintomatologia non ancora diagnosticata? In caso affermativo specificare terapia, patologia

5) Fatto salvo il diritto all'oblio oncologico, le è mai stato diagnosticato un tumore?

6) Fatto salvo il diritto all'oblio oncologico, è stato o è attualmente sottoposto a terapia radiante, chemioterapia, o utilizza regolarmente farmaci ad eccezione di farmaci a scopo anticoncezionale?

7) E' invalido o inabile, o lo e' stato in passato, o ha in corso una richiesta di riconoscimento di invalidita' o inabilita' di qualsiasi grado presso un ente o una compagnia assicurativa?

8) Fa uso o ne ha fatto in passato, di sostanze stupefacenti (ad esempio cocaina, eroina, cannabis) e/o psicofarmaci?

9) Fuma più di 10 sigarette al giorno e/o più di 2 sigari al giorno e/o sigarette elettroniche (e-cig, vaporizzatori, prodotti a tabacco riscaldato come IQOS/Glo. etc.)? Se sì specificare tipo, quantità giornaliera, da quanto tempo.

10) Beve giornalmente oltre un litro e mezzo di birra o oltre mezzo litro di vino o oltre due bicchieri di superalcolici?

11) Esercita una delle seguenti attivita' lavorative:

12) Esercita una delle seguenti attivita' sportive:

13) Intraprende abitualmente o e' a conoscenza di dover intraprendere viaggi (con eccezione di tutti i paesi europei, Stati Uniti, Canada, Australia, Cina, Taiwan, Giappone), per motivi professionali o umanitari o familiari? Se sì precisare dove e per quanto tempo

L'assicurato dichiara di:

FAC SIMILE

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

- conoscere le esclusioni della presente copertura assicurativa, riportate nelle condizioni di polizza;

- prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonche' le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la compagnia assicurativa ritenesse, in ogni tempo e modo, di rivolgersi per informazioni acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dalla compagnia stessa comunicate ad altre persone od enti, nei limiti delle necessita' tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;

- aver risposto, per l'efficacia della garanzia e sotto la propria responsabilita' personale (a norma degli articoli del codice civile 1892 'dichiarazioni inesatte o reticenze con dolo o colpa grave', 1893 'dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave' e 1894 'assicurazione in nome o per conto di terzi') con esattezza ed in modo completo e veritiero al questionario sopra riportato, senza omettere, al riguardo, circostanze od informazioni che possano interessare la compagnia assicurativa, anche se non espressamente previste nel questionario medesimo. Riconosce altresi' che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se scritte di pugno altrui, e ne assume la piena responsabilita';

- riconoscere che le notizie ed i dati richiestigli costituiscono elementi fondamentali per la valutazione del rischio da parte della compagnia assicurativa e ne determinano le condizioni assuntive;

- essere disponibile a fornire tutti quegli accertamenti che la compagnia ritenesse opportuni e/o a sottoporsi ad accertamenti sanitari o visite mediche da parte di medici fiduciari o enti incaricati dalla societa'.

L'Assicurato _____

FAC SIMILE

Luogo e data:

Il Collocatore _____

attesta la regolarità e l'autenticità di tutte le sottoscrizioni e la preventiva identificazione da parte sua dei firmatari.

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it

CONVENZIONE: FILIALE/AGENZIA: COLLOCATORE: N. PROPOSTA VITA:

CONSENSO PER FINI ASSICURATIVI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI MOD 00/22 IVASS

Ai fini degli artt. 7, 9 e 44-50 del Regolamento UE n°679/2016 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati), manifesto specifico consenso:

- al trattamento anche consistente nel trasferimento e nella comunicazione alle categorie di soggetti terzi specificati nella informativa, dei dati personali ed eventualmente, anche di quelli particolari;
- al trasferimento dei dati di cui sopra all'estero, anche verso Stati non appartenenti all'Unione Europea nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui al Regolamento UE e ai provvedimenti del Garante Privacy;

che siano strettamente finalizzati all'esercizio dell'Impresa organizzata per fornire servizi assicurativi oggetto di contratti che mi riguardano e avvengano in conformità dell'informativa resa da Arca Vita S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n°679/2016, come riportata nel set informativo.
Prendo atto che senza il presente consenso, Arca Vita S.p.A. non potrà fornire, in tutto o in parte, i servizi e/o prodotti assicurativi oggetto del presente contratto.

Luogo e data:

Il Contraente _____

L'Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

CONSENSO PER FINI COMMERCIALI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Inoltre, al trattamento dei miei dati personali comuni da parte di Arca Vita S.p.A. o di altre società del Gruppo (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), per iniziative di informazione e promozione commerciale di propri prodotti e servizi e per rilevazioni sulla qualità del servizio e dei bisogni della clientela, secondo le modalità indicate nell'informativa. Il consenso **è del tutto facoltativo**.

Luogo e data:

Il Contraente _____

L'Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

FAC SIMILE

COPIA PER ARCA VITA S.p.A. COPIA PER LA BANCA COPIA PER IL CLIENTE

Arca Vita S.p.A.
Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcavita@pec.unipol.it - tel. +39 045 8192111 - fax +39 045 8192630
Capitale sociale i.v. Euro 208.279.080,00 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 01947090237 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 207330 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 09/11/89 N. 18331, G .U. 28/11/1989 - Società iscritta allAlbo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00082, soggetta allattivit di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto allAlbo delle societ capogruppo al n. 046 - arcassicura.it