

CONVENZIONE: \_\_\_\_\_ FILIALE/AGENZIA: \_\_\_\_\_ COLLOCATORE: \_\_\_\_\_ N. PROPOSTA VITA: \_\_\_\_\_  
 N. POLIZZA DANNI: \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE**

MOD 00/21 IVASS

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Comune di Nnascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_  
 Professione: \_\_\_\_\_ SAE \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 Comune: \_\_\_\_\_ Cab Comune: \_\_\_\_\_ Cod Paese: \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza: \_\_\_\_\_ TAE: \_\_\_\_\_  
 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)**



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

**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  \_\_\_\_\_



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

**PRESTAZIONI**

Somma assicurata e decrescente in ragione del debito residuo €

**SEZIONE FINANZIAMENTO**

Numero finanziamento:

**DURATA DEL CONTRATTO, GARANZIE E PREMI**
**GARANZIE PRESTATE DA ARCA VITA**

Decorrenza:	Durata in mesi:	Scadenza:
Garanzia in caso di Premorienza		
Premio unico a condizioni standard (di cui spese di emissione € )		€
Caricamento applicato: % del premio netto della garanzia base		
Totale costi complessivi applicati: €		
di cui provvigioni all'intermediario €	pari al % dei costi complessivi	

**PREMIO UNICO COMPLESSIVO**

€

**GARANZIE PRESTATE DA ARCA ASSICURAZIONI**

Decorrenza:	Durata in mesi:	Scadenza:
Garanzia in caso di Invalidità permanente totale da Infortunio o malattia		
Garanzia in caso di Perdita di impiego involontaria		
Premio unico anticipato imponibile		€
Totale costi complessivi applicati: €	pari al % del premio unico anticipato imponibile	
di cui provvigioni all'intermediario €	pari al % dei costi complessivi	

Imposte

€

**PREMIO UNICO ANTICIPATO LORDO**

€

**TOTALE PREMIO UNICO ANTICIPATO LORDO ARCA VITA E ARCA ASSICURAZIONI**

€

In caso di estinzione anticipata/trasferimento del finanziamento: onere amministrativo trattenuto dal premio rimborsabile € 45

**AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN C/C**

Il Contraente autorizza la Banca, in conformità alla Normativa vigente in materia 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 entrambi i versamenti relativi al presente contratto.


IBAN di addebito: € a favore di ARCA VITA S.p.A. bic: € a favore di ARCA ASSICURAZIONI S.p.A.

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.**

Luogo e data:

**Il Contraente**  \_\_\_\_\_



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

**REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO**

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.

**\*\*\* 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'OBBLIO ONCOLOGICO. B) PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO (OVE PREVISTO), L'ASSICURATO VERIFICA L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO E PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON EVIDENZA DEL COSTO A SUO CARICO.


**\*\*\* SPECIFICHE RELATIVE AI BENEFICIARI \*\*\***

-SE NON DIVERSAMENTE SPECIFICATO, LE QUOTE SONO UGUALI TRA I BENEFICIARI;  
 - IN TUTTI I CASI DI BENEFICIARIO GENERICO VERRANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE SOLO SOGGETTI IN VITA AL MOMENTO DELL'EVENTO ASSICURATO  
 - IN CASO DI PREMORIENZA DEL BENEFICIARIO GENERICO RISPETTO ALL'ASSICURATO O IN MANCANZA DI TUTTI I BENEFICIARI GENERICI AL MOMENTO DELL'EVENTO ASSICURATO, LA PRESTAZIONE VERRÀ EROGATA A FAVORE DEL CONTRAENTE.


**\*\*\* APPROVAZIONE SPECIFICA DI CLAUSOLE \*\*\***

AI SENSI DEGLI ARTT. 1341-1342 C.C. APPROVO SPECIFICAMENTE I SEGUENTI ARTICOLI DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GARANZIE VITA-ARCA VITA S.P.A.  
 PERDITA DEI REQUISITI DI SOTTOSCRIZIONE(ART.2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO(ART.4); LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-ESCLUSIONI(ART.5); LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI-CARENZA(ART.6); DENUNCIA DI SINISTRO E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI(ART.8) PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA(ART.9); CONCLUSIONE, DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE (ART.12); SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE(ART.14); REVOCA DELLA PROPOSTA(ART.15); RECESSO(ART.16); VARIAZIONI CONTRATTUALI(ART.20); CESSIONE, PEGNO, VINCOLO(ART.21)  
 GARANZIE DANNI-ARCA ASSICURAZIONI S.P.A.  
 PERSONE NON ASSICURABILI(ART.6); PERIODO DI CARENZA(ART.7); PERDITA DEI REQUISITI DI SOTTOSCRIZIONE (ART.8); ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA(ART.9); ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA E PERIODI DI DISOCCUPAZIONE NON INDENNIZZABILI(ART.10); PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE(ART.11); VARIAZIONE DI STATUS PROFESSIONALE(ART.12); VARIAZIONE RESIDENZA (ART. 13); PAGAMENTO DEL PREMIO CON ADDEBITO SUL CONTO CORRENTE(ART.19); DECORRENZA DEL CONTRATTO(ART.22); DURATA DEL CONTRATTO(ART.23); RECESSO(ART.24).

**Il Contraente**  \_\_\_\_\_

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.



CONVENZIONE:

FILIALE/AGENZIA:

COLLOCATORE:

N. PROPOSTA VITA:

N. POLIZZA DANNI:

**QUESTIONARIO SANITARIO**

*Ai sensi dell'Art.2 co. 1 della Legge n.193/2023 (cd. Oblio oncologico), in fase di stipula di una polizza assicurativa l'assicurando non è tenuto a rilasciare informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di tumore insorto prima dei 21 anni di età compiuti). Tali termini vengono ridotti per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'allegato I del decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024. Qualora tali informazioni siano comunque nella disponibilità della Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali. Nei casi previsti dalla Legge, nessun accertamento sanitario in genere potrà essere richiesto all'assicurando in relazione alla progressa patologia oncologica .*

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Data di Nascita:

Altezza [cm]:

Peso [kg]:

1. Soffre o ha sofferto negli ultimi 10 anni delle seguenti patologie che richiedono o che abbiano richiesto terapie farmacologiche o controlli clinico strumentali o ricoveri ospedalieri?

- cardio-circolatorie
- endocrino-metaboliche
- respiratorie
- gastro-enteriche
- nefro-uro-genitali
- neurologiche-psichiatriche
- immuno-linfo-poietiche
- osteoarticolari

2. È stato o è attualmente sottoposto a terapia radiante, chemioterapia o fa uso regolare di farmaci, ad eccezione di farmaci a scopo anticoncezionale?

3. Fa uso, o ne faceva in passato, di sostanze stupefacenti e/o fuma/fumava più di 20 sigarette al giorno, o 3 sigari al giorno? Se Sì, precisare tipo, quantità e da quanto tempo o i motivi per cui ha smesso.

4. Beve giornalmente oltre un litro e mezzo di birra o oltre mezzo litro di vino o oltre due bicchieri di superalcolici? Se Sì, specificare tipo, quantità giornaliera, da quanto tempo.

5. È invalido o lo è stato in passato o ha in corso una richiesta di riconoscimento di invalidità di qualsiasi grado presso un ente o una compagnia assicurativa?

L'assicurato dichiara di:

- essere consapevole che nel caso in cui non vengano firmate le "dichiarazioni dell'assicurato sullo stato di salute" l'unica copertura operativa è quella per morte da infortunio;

- essere consapevole che malattie già diagnosticate e/o conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione della presente proposta sono esclusi dalla copertura qualora non dichiarati ed eventualmente accettati dall'assicuratore

- prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché 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;




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


- aver risposto, per l'efficacia della garanzia e sotto la propria responsabilità 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 altresì che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se scritte di pugno altrui, e ne assume la piena responsabilità;

- 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 società.

L'Assicurato  \_\_\_\_\_

Luogo e data:

Il Collocatore  \_\_\_\_\_

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

FACSIMILE



CONVENZIONE:

FILIALE/AGENZIA:

COLLOCATORE:

N. PROPOSTA VITA:

N. POLIZZA DANNI:

**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)

