

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

**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:

**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:

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:

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.

Luogo e data:

**Il Contraente** 

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: €

Spese di emissione: € Interessi di frazionamento: €

Caricamento applicato: % del premio netto della garanzia base

**RIPARTIZIONE DELL'INVESTIMENTO (per la descrizione dei fondi vedere il Set Informativo)**

FONDI	AMMONTARE INVESTITO €	%	CODICE CONSULENZA

Numero ordine:

Luogo e data:

Il Contraente 

FAC SIMILE



CONVENZIONE:

FILIALE/AGENZIA:

COLLOCATORE:

N. PROPOSTA VITA:

**AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO 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 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.

Arca riconosce come data valuta: 1) addebito automatico in c/c: valuta pari a quella di addebito sul c/c del cliente; 2) bonifico/ sdd: valuta pari a quella riconosciuta dalla banca ordinataria alla compagnia. l'investimento sarà effettuato alla prima data di valorizzazione successiva alla data valuta riconosciuta al premio a meno di verifiche della Compagnia. Le coperture assicurative saranno prive di effetto fino al giorno in cui il premio di perfezionamento del contratto non risulterà incassato dalla Compagnia.

**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.

\* APPROVAZIONE SPECIFICA DI CLAUSOLE \* AI FINI DEGLI ARTT.1341-1342 C.C. APPROVO SPECIFICAMENTE I SEGUENTI ARTICOLI DELLE CDA: 2- PERDITA DEI REQUISITI DI SOTTOSCRIZIONE; 7-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI;9-DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI;10-PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA;15-CONCLUSIONE, DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE;16-REVOCA DELLA PROPOSTA;17-RECESSO;18-RISOLUZIONE DEL CONTRATTO;19-RISCATTO;26-ATTRIBUZIONE E VALORIZZAZIONE DEL NUMERO DI E RELATIVE AI FONDI;28-VARIAZIONI CONTRATTUALI;29-CESIONE, PEGNO O VINCOLO.

**Il Contraente** 

\*\*\* 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 PREVISTO), 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.

\*\*\*DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE SUI "CONTRAENTI COLLEGATI" \*\*\*

DICHIARO DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI SOGGETTI QUALIFICABILI COME CONTRAENTI COLLEGATI, SECONDO LA DEFINIZIONE RIPORTATA NEL GLOSSARIO DEL SET INFORMATIVO,CHE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ABBIANO VERSATO PREMI SU CONTRATTI COLLEGATI ALLA/E GESTIONE/I SEPARATA DI RIFERIMENTO DEL PRESENTE CONTRATTO.

**Il Contraente** 

DICHIARO DI AVER SCELTO LA MODALITA' CON CUI RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE E DI ESSERE STATO INFORMATO CIRCA LA MIA FACOLTA' DI MODIFICARE IN OGNI MOMENTO LA SCELTA PRECEDENTEMENTE EFFETTUATA.

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:

**QUESTIONARIO SANITARIO**

MOD 00/23 IVASS

*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 pregressa patologia oncologica .*

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Data di Nascita:

Altezza [cm]:

Peso [kg]:

1) Soffre o ha sofferto di patologie a carico di: apparato cardio-circolatorio, endocrino-metabolico, respiratorio, gastro-enterico, nefro-urogenitale, neurologico, emopoietico (sangue e linfa), immunologico, locomotore-scheletrico che richiedano terapie farmacologiche o controlli clinico-strumentali continuativi o ricoveri ospedalieri?

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) Si trova in stato di invalido o lo è stato in passato oppure ha in corso una richiesta di risarcimento di invalidità di qualsiasi grado presso un ente o compagnia assicurativa?

FAC SIMILE

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



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)

