

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

**CONTRAENTE**

Cognome e nome: Codice Fiscale:  
Comune di Nascita: Data di nascita: Sesso:  
Professione: SAE:  
Indirizzo: Provincia: C.A.P.:  
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: C.A.P.:  
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)

Modulo di proposta INGEGNO aggiornato alla data del 02-01-2026



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

**BENEFICIARI CASO MORTE**

Cognome e nome:

Sesso:

Comune di nascita:

Indirizzo:

Prov.:

Relazione con il contraente:

Indirizzo e-mail:

Cognome e nome:

Sesso:

Comune di nascita:

Indirizzo:

Prov.:

Relazione con il contraente:

Indirizzo e-mail:

Cognome e nome:

Sesso:

Comune di nascita:

Indirizzo:

Prov.:

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 c.c.

Luogo e data:

Il Contraente



Modulo di proposta INGEGNO aggiornato alla data del 02-01-2026



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

**DURATA DEL CONTRATTO**

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: € 0,00

Caricamento applicato: % del premio netto della garanzia base, di cui % all'intermediario.

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

| FONDI | AMMONTARE INVESTITO € | % | CODICE CONSULENZA |
|-------|-----------------------|---|-------------------|
|       |                       |   |                   |
|       |                       |   |                   |

Numero Ordine:

Luogo e data:

Il Contraente



\_\_\_\_\_



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.

\*CLAUSOLE VESSATORIE\* AI FINI DEGLI ARTT.1341-1342 C.C. APPROVO SPECIFICAMENTE I SEGUENTI ARTICOLI DELLE CDA: 2- PERDITA DEI REQUISITI DI SOTTOSCRIZIONE; 11-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI;13-DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI;14-PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA;19-CONCLUSIONE, DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE;20-REVOCA DELLA PROPOSTA;21-RECESSO;22-RISOLUZIONE DEL CONTRATTO;23-RISCATTO;32-ATTRIBUZIONE E VALORIZZAZIONE DEL NUMERO DI QUOTE RELATIVE AI FONDI;34-VARIAZIONI CONTRATTUALI;35-CESSIONE, 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; 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 GG,ABBIANO VERSATO PREMI SU CONTRATTI COLLEGATI AD "OSCAR100%".

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:

**CONSENSO PER FINI ASSICURATIVI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI**

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 dal 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 dal Contraente)

