

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 SALVA SOGNI PER CHI AMI aggiornato alla data del 10-02-2026



CONVENZIONE:

FILIALE/AGENZIA:

COLLOCATORE:

N. PROPOSTA VITA:

BENEFICIARI CASO MORTE

Cognome e nome:

Sesso:

Comune di nascita:

Indirizzo:

Relazione con il contraente:

Indirizzo e-mail:

Data di nascita:

Codice fiscale/Partita IVA:

Provincia di nascita:

C.A.P.: Comune:

Prov.:

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.

FAC SIMILE

Luogo e data:

Il Contraente



Modulo di proposta SALVA SOGNI PER CHI AMI aggiornato alla data del 10-02-2026



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:

SEZIONE FINANZIAMENTO

Numero finanziamento:

Data inizio ammortamento:

VERSAMENTI

Tipo premio: pari a € pagabile in rate

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

Costi a carico del contraente €

di cui provvigioni €

pari al

% dei costi totali

TOTALE PREMIO COMPLESSIVO: €

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 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.

Luogo e data:

Il Contraente



Modulo di proposta SALVA SOGNI PER CHI AMI aggiornato alla data del 10-02-2026



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

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'OBOLI O 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.

** APPROVAZIONE SPECIFICA DI CLAUSOLE **

AI FINI DEGLI ARTT. 1341-1342 DEL COD. CIV. APPROVO SPECIFICAMENTE I SEGUENTI ARTICOLI: 3-VALUTAZIONE DEL RISCHIO; 4-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI - ESCLUSIONI; 5-LIMITAZIONI DELLE PRESTAZIONI - CARENZA; 7-DENUNCIA DI SINISTRO E DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI; 8-PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA; 11-CONCLUSIONE, DECORRENZA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE; 13-SOSPENSIONE E RIATTIVAZIONE; 14-REVOCA DELLA PROPOSTA; 15-RECESSO; 19-VARIAZIONI CONTRATTUALI; 20-CESIONE, PEGNO, VINCOLO.

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:

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'assicurato 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'assicurato in relazione alla pregressa patologia oncologica.

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Data di Nascita :

Altezza [cm]:

Peso [kg]:

1) Ha mai ricevuto una diagnosi o si e' mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per: Paralisi, paraplegia, quadriplegia, amputazione arti, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizante, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, disturbi cognitivi, demenza o disturbi della memoria, malattia dei motoneuroni (compresa SLA) altre malattie neurologiche, malattie del sistema nervoso: depressione cronica, disturbo bipolare, schizofrenia, osteoporosi, artrite reumatoide, artrite psorisiaca.

2) Ha mai ricevuto una diagnosi o si e' mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per: Altra patologia diagnosticata o Infortunio per il/la quale negli ultimi 10 anni e' stato sottoposto a terapie farmacologiche per un periodo superiore a due settimane, oppure controlli clinici (ad esempio visite mediche specialistiche, esami del sangue, ecc.) e/o strumentali (ad esempio ecografie, radiografie, risonanze, TAC, ecc.) oppure ricoveri ospedalieri?

3) Nella sua parentela consanguinea (Padre, Madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o piu' delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla?

4) Le e' mai stato diagnosticato un tumore oppure negli ultimi 24 mesi si e' sottoposto ad accertamenti clinici o strumentali per un sospetto di tumore?

5) E' stato o e' attualmente sottoposto a terapia radiante, chemioterapia, o utilizza regolarmente farmaci ad eccezione di farmaci a scopo anticoncezionale?

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

7) Fuma piu' di 10 sigarette al giorno o piu' di 2 sigari al giorno?

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

9) 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?

10) Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o piu' delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa?

11) 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?

L'assicurato dichiara di:

Modulo di proposta SALVA SOGNI PER CHI AMI aggiornato alla data del 10-02-2026



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

- 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, 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 necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- 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

Modulo di proposta SALVA SOGNI PER CHI AMI aggiornato alla data del 10-02-2026



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)

