

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:

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)



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 



DURATA DEL CONTRATTO

Decorrenza:

Durata in anni:

MOD 00/21 IVASS

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 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

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 



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.


****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 DI CLAUSOLE ****

AI FINI DEGLI ARTT.1341-1342 DEL COD.CIV. APPROVO SPECIFICAMENTE 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; 20-VARIAZIONI CONTRATTUALI; 21-CESSIONE, 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.



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) Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per: Paralisi, paraplegia, quadriplegia, amputazione arti, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, 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 psoriasica.

2) Ha mai ricevuto una diagnosi o si è mai sottoposto a ricoveri, interventi e/o cure per: Altra patologia diagnosticata o Infortunio per il/la quale negli ultimi 10 anni è 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 più 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 è mai stato diagnosticato un tumore oppure negli ultimi 24 mesi si è sottoposto ad accertamenti clinici o strumentali per un sospetto di tumore?

5) È stato o è 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 più di 10 sigarette al giorno o più 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) È invalido o inabile, o lo è stato in passato, o ha in corso una richiesta di riconoscimento di invalidità o inabilità 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 più 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 è 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:

- 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.



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)

