

Al presente contratto si applicano le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo (Mod. _____) di cui anche questa polizza forma parte integrante.

ASSICURATO

Cognome Nome	Codice Fiscale	Sesso	
Luogo e data di Nascita	Residenza		
Comune	Provincia	CAP	Paese

CONTRAENTE

Cognome Nome	Codice Fiscale	Sesso	
Luogo e data di Nascita	Email		
Residenza			
Documento (tipo e numero)			
Ente, luogo e data di rilascio			
Ragione sociale	Partita IVA		
Sede Legale	Telefono		
SAE	RAE		

DATI ASSICURATIVI

Prodotto	Tipo	Denominazione		
Tipo Premio	Frazionamento	Durata	Decorrenza	Scadenza
Età assicurativa	Convenzione	Bonus		

PREMIO INIZIALE

Premio lordo	Spese Emissione	Premio investito	Diritti
--------------	-----------------	------------------	---------

BENEFICIARI

Beneficiari vita:

Beneficiari morte:

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Premio iniziale:

Autorizzo l'addebito del premio lordo di emissione sul mio conto corrente, come di seguito identificato:

DETTAGLIO DI INVESTIMENTO

Codice Tariffa	Ai fini del "Capitale Rivalutabile" G.S.	Premio investito
Codice Tariffa	Ai fini del "Capitale Unit Linked" Fondi Interni	Premio investito
Fondo Interno 1:		Premio investito

Il Contraente _____

DATI DI DETTAGLIO BENEFICIARI**BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE**

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento**BENEFICIARIO IN CASO DI VITA**

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento*Da compilare facoltativamente:***Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:**

Cognome Nome

Indirizzo

Tel. e-mail

Il Contraente _____

DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO:

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 gg. dalla data della sua conclusione, rivolgendosi all'Intermediario che ha emesso il contratto oppure inviando una lettera raccomandata A.R. a Eurovita S.p.A. - Via Pampuri 13 - 20141 Milano. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e Eurovita S.p.A. sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. Eurovita S.p.A., entro 20 gg dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione, al netto delle spese di emissione, dell'eventuale Bonus e dell'eventuale parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

DICHIARAZIONI

I sottoscrittori Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente proposta, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premio risultante dalla documentazione contabile rilasciata dalla Banca, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che Eurovita S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Il Contraente dichiara, inoltre:

- di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- di essere consapevole che il consenso della Società è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Set informativo;
- di _____ Eurovita SpA ad inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da lui intrattenuti con l'Impresa. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione e prende atto ed accetta che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni. Il Contraente inoltre: a) si impegna a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo; b) è informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale; c) conserva la facoltà di revocare il presente consenso in ogni momento, dandone espressa comunicazione all'indirizzo areacienti@eurovita.it. La revoca comporterà la riattivazione automatica dell'invio in formato cartaceo;
- che alla data di sottoscrizione della presente Polizza non ha rapporti partecipativi superiori al 25% con altri soggetti, come da dichiarazione allegata (il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Eurovita S.p.A. eventuali variazioni nel corso della durata contrattuale).

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO GRATUITAMENTE I SEGUENTI DOCUMENTI, COMPONENTI IL SET INFORMATIVO:
- IL DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE (KID), IN TEMPO UTILE PER POTERNE VALUTARE IL CONTENUTO;
- IL DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP AGGIUNTIVO IBIP);
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DI GLOSSARIO,
NONCHE' IL DOCUMENTO INFORMATIVO DI CUI ALL'ALLEGATO 4 DEL REGOLAMENTO IVASS 40-2018.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONE SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 3 Rischio di morte - Art. 8 Premi - Art. 9 Risoluzione del contratto - Art. 10 Costi - Art. 13 Riscatto - Art. 15 Prestiti - Art. 20 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 21 Cessione Pegno e Vincolo della Polizza.

Il Contraente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'Informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni di contratto, acconsentono al trattamento dei dati personali per finalità assicurative di cui al punto 1. della citata informativa, consapevoli che il diniego del consenso non consentirà all'impresa di dare esecuzione al contratto assicurativo.

Il Contraente inoltre, _____ al trattamento dei dati personali per finalità commerciali di cui al punto 2. della citata informativa, consapevole che il relativo consenso è facoltativo e l'eventuale diniego non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

Timbro della Filiale e firma dell'incaricato _____

Il Contraente _____

Luogo di emissione _____

Data di emissione _____

EUROVITA S.p.A.



Al presente contratto si applicano le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo (Mod. _____) di cui anche questa proposta forma parte integrante.

ASSICURATO

Cognome Nome	Codice Fiscale	Sesso	
Luogo e data di Nascita	Residenza		
Comune	Provincia	CAP	Paese

CONTRAENTE

Cognome Nome	Codice Fiscale	Sesso
Luogo e data di Nascita	Email	
Residenza		
Documento (tipo e numero)		
Ente, luogo e data di rilascio		
Ragione sociale	Partita IVA	
Sede Legale	Telefono	
SAE	RAE	

DATI ASSICURATIVI

Prodotto	Tipo	Denominazione
Tipo Premio	Frazionamento	Durata
Età assicurativa	Convenzione	Bonus

PREMIO INIZIALE

Premio lordo	Spese Emissione	Premio investito	Diritti
--------------	-----------------	------------------	---------

BENEFICIARI

Beneficiari vita:
Beneficiari morte:

Avvertenze: In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Premio iniziale:
Autorizzo l'addebito del premio lordo di emissione sul mio conto corrente, come di seguito identificato:

DETTAGLIO DI INVESTIMENTO

Codice Tariffa	Ai fini del "Capitale Rivalutabile" G.S.	Premio investito
Codice Tariffa	Ai fini del "Capitale Unit Linked" Fondi Interni	Premio investito
Fondo Interno 1:		Premio investito

Il Contraente _____

DATI DI DETTAGLIO BENEFICIARI**BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE**

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento**BENEFICIARIO IN CASO DI VITA**

Cognome Nome

C.F. Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Tel. e-mail Percentuale

 Il Contraente richiede all'impresa di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento*Da compilare facoltativamente:***Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:**

Cognome Nome

Indirizzo

Tel. e-mail

Il Contraente _____

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO:

Ai sensi dell'Articolo 176 del Codice delle Assicurazioni Private (Decreto Legislativo n. 209/2005) il Contraente può revocare la Proposta di Assicurazione fino alla data di perfezionamento e decorrenza del contratto. La revoca della Proposta pervenuta ad Eurovita S.p.A. successivamente alla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà comunque considerata valida. Entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 gg. dalla data della sua conclusione, rivolgendosi all'Intermediario che ha emesso il contratto oppure inviando una lettera raccomandata A.R. a Eurovita S.p.A. - Via Pampuri 13 - 20141 Milano. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e Eurovita S.p.A. sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. Eurovita S.p.A., entro 20 gg dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione, al netto delle spese di emissione, dell'eventuale Bonus e dell'eventuale parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

DICHIARAZIONI

I sottoscrittori Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente proposta, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premio risultante dalla documentazione contabile rilasciata dalla Banca, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della presente polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente, che Eurovita S.p.A. si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.

Il Contraente dichiara, inoltre:

- di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- di essere consapevole che il consenso della Società è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Set informativo;
- di _____ Eurovita SpA ad inviare in formato elettronico le comunicazioni in corso di contratto relative ai rapporti di polizza da lui intrattenuti con l'Impresa. Tale invio potrà essere eseguito via e-mail all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato nel presente modulo o in successive richieste di variazione e prende atto ed accetta che tale modalità sarà adottata da Eurovita S.p.A. in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni. Il Contraente inoltre: a) si impegna a comunicare all'Impresa eventuali aggiornamenti o modifiche dell'indirizzo e-mail indicato sul presente modulo; b) è informato che con il presente consenso NON autorizza l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o commerciale; c) conserva la facoltà di revocare il presente consenso in ogni momento, dandone espressa comunicazione all'indirizzo areacienti@eurovita.it. La revoca comporterà la riattivazione automatica dell'invio in formato cartaceo;
- che alla data di sottoscrizione della presente proposta non ha rapporti partecipativi superiori al 25% con altri soggetti, come da dichiarazione allegata (il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Eurovita S.p.A. eventuali variazioni nel corso della durata contrattuale).

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO GRATUITAMENTE I SEGUENTI DOCUMENTI, COMPONENTI IL SET INFORMATIVO:
- IL DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE (KID), IN TEMPO UTILE PER POTERNE VALUTARE IL CONTENUTO;
- IL DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI D'INVESTIMENTO ASSICURATIVI (DIP AGGIUNTIVO IBIP);
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DI GLOSSARIO,
NONCHE' IL DOCUMENTO INFORMATIVO DI CUI ALL'ALLEGATO 4 DEL REGOLAMENTO IVASS 40-2018.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONE SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: Art. 2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Art. 3 Rischio di morte - Art. 8 Premi - Art. 9 Risoluzione del contratto - Art. 10 Costi - Art. 13 Riscatto - Art. 15 Prestiti - Art. 20 Pagamenti di Eurovita e documentazione da presentare - Art. 21 Cessione Pegno e Vincolo della Polizza.

Il Contraente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'Informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni di contratto, acconsentono al trattamento dei dati personali per finalità assicurative di cui al punto 1. della citata informativa, consapevoli che il diniego del consenso non consentirà all'impresa di dare esecuzione al contratto assicurativo.

Il Contraente inoltre, _____ al trattamento dei dati personali per finalità commerciali di cui al punto 2. della citata informativa, consapevole che il relativo consenso è facoltativo e l'eventuale diniego non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

L'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente _____

Timbro della Filiale e firma dell'incaricato _____

Il Contraente _____

Luogo di emissione _____

Data di emissione _____

EUROVITA S.p.A.