

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 3:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 4:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 5:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

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.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

 Cognome e Nome

_____ Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

_____ Firma del Contraente
 _____ Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)
 _____ Firma del Promotore Finanziario⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Mod. 07010123

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, **la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.**

Firma del Contraente

Le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto saranno inviate al Contraente in formato cartaceo. Il Contraente ha facoltà di scegliere di ricevere le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto unicamente in formato digitale registrandosi all'Area web Riservata ai Clienti Eurovita disponibile sul sito www.eurovita.it e selezionando l'apposita opzione. In tal caso, il Contraente riceverà via e-mail l'avviso di avvenuta pubblicazione delle comunicazioni nell'Area web Riservata. L'informativa relativa all'Area web Riservata è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il Contraente non scelga tale opzione, le medesime comunicazioni saranno inviate in formato cartaceo.

TUTELA 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 Assicurazione, **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,

 acconsente non acconsente

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.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

AVVERTENZA

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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti il primo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Addebito in conto presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento da parte dell'Impresa di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo 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 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente

Cognome e Nome del P.F.A. (in stampatello)
e codice FinecoBank S.p.A.

Firma del Promotore Finanziario*

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Timbro e Firma della Società distributrice

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dall'1 gennaio 2023

Proposta di assicurazione n.° _____

Mod. _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

cod. P.F.A. _____

Cognome e Nome _____

CONTRAENTE

 Gruppo/Ramo attività econ. M F Sottogruppo attività econ.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ / _____ / _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ Indirizzo e-mail _____ Cittadinanza _____

 Documento d'identità⁽¹⁾ _____ N. documento _____ Data di rilascio _____ / _____ / _____ Autorità e località di rilascio _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

 (Compilare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica) **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale.**

Cognome e Nome _____ Luogo di nascita _____ / _____ / _____ Data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

Documento d'identità _____ N. documento _____ Data di rilascio _____ / _____ / _____ Autorità e località di rilascio _____

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA/DOMICILIO DEL CONTRAENTE (se diverso dalla residenza)

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Indirizzo _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Telefono _____ / _____

ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

 M F

Cognome e Nome _____ Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____ / _____ / _____ Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Telefono _____ / _____

BENEFICIARI

In caso di decesso dell'Assicurato:

Beneficiario 1:

Cognome e Nome _____ % _____

Luogo di nascita/costituzione Società _____ / _____ / _____ Data di nascita/costituzione Società _____ Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ Indirizzo e-mail _____

Firma del Contraente _____

 Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente) _____

Firma del Promotore Finanziario* _____

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 3:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 4:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 5:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune C.A.P. Prov.

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

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.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

_____ Comune C.A.P. Prov.

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

_____ Firma dell'Assicurato
 (se persona diversa dal Contraente)

_____ Firma del Promotore Finanziario⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Mod. 07010123

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, **la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.**

Firma del Contraente

Le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto saranno inviate al Contraente in formato cartaceo. Il Contraente ha facoltà di scegliere di ricevere le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto unicamente in formato digitale registrandosi all'Area web Riservata ai Clienti Eurovita disponibile sul sito www.eurovita.it e selezionando l'apposita opzione. In tal caso, il Contraente riceverà via e-mail l'avviso di avvenuta pubblicazione delle comunicazioni nell'Area web Riservata. L'informativa relativa all'Area web Riservata è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il Contraente non scelga tale opzione, le medesime comunicazioni saranno inviate in formato cartaceo.

TUTELA 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 Assicurazione, **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,

 acconsente non acconsente

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.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

AVVERTENZA

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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti il primo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Addebito in conto presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento da parte dell'Impresa di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo 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 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente

Cognome e Nome del P.F.A. (in stampatello)
e codice FinecoBank S.p.A.

Firma del Promotore Finanziario*

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Timbro e Firma della Società distributrice

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 3:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 4:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Beneficiario 5:

_____ %

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

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.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail

_____ Firma del Contraente _____ Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) _____ Firma del Promotore Finanziario⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Mod. 07010123

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, **la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.**

Firma del Contraente

Le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto saranno inviate al Contraente in formato cartaceo. Il Contraente ha facoltà di scegliere di ricevere le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto unicamente in formato digitale registrandosi all'Area web Riservata ai Clienti Eurovita disponibile sul sito www.eurovita.it e selezionando l'apposita opzione. In tal caso, il Contraente riceverà via e-mail l'avviso di avvenuta pubblicazione delle comunicazioni nell'Area web Riservata. L'informativa relativa all'Area web Riservata è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il Contraente non scelga tale opzione, le medesime comunicazioni saranno inviate in formato cartaceo.

TUTELA 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 Assicurazione, **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,

 acconsente non acconsente

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.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

AVVERTENZA

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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti il primo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Addebito in conto presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento da parte dell'Impresa di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo 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 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente

Cognome e Nome del P.F.A. (in stampatello)
e codice FinecoBank S.p.A.

Firma del Promotore Finanziario*

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Timbro e Firma della Società distributrice

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dall'1 gennaio 2023

Proposta di assicurazione n.° _____

Mod. _____

Luogo e data di sottoscrizione _____

cod. P.F.A. _____

Cognome e Nome _____

CONTRAENTE

 Gruppo/Ramo attività econ. M F Sottogruppo attività econ.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Luogo di nascita/constituzione Società _____

Data di nascita/constituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Cittadinanza _____

 Documento d'identità⁽¹⁾ _____

N. documento _____

Data di rilascio _____

Autorità e località di rilascio _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

 (Compilare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica) **Allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale.**

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Codice fiscale _____

Documento d'identità _____

N. documento _____

Data di rilascio _____

Autorità e località di rilascio _____

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA/DOMICILIO DEL CONTRAENTE (se diverso dalla residenza)

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____

ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

 M F

Cognome e Nome _____

Cittadinanza _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____

BENEFICIARI

In caso di decesso dell'Assicurato:

Beneficiario 1:

Cognome e Nome _____

% _____

Luogo di nascita/constituzione Società _____

Data di nascita/constituzione Società _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____

C.A.P. _____

Prov. _____

Telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Firma del Contraente _____

 Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente) _____

Firma del Promotore Finanziario* _____

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 3:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 4:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 5:

_____ %
 Cognome e Nome

_____ / _____ / _____
 Luogo di nascita/costituzione Società Data di nascita/costituzione Società Codice fiscale/Partita IVA

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail _____

Oppure

- Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- Il coniuge ed i figli nati e nati del decesso, in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- I figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali

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.

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

 Cognome e Nome

_____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
 Indirizzo di residenza

_____ / _____
 Telefono Indirizzo e-mail _____

_____ Firma del Contraente _____ Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) _____ Firma del Promotore Finanziario⁽²⁾

⁽²⁾ Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Mod. 07010123

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONI SUPPORTO INFORMATICO

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, **la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.**

Firma del Contraente

Le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto saranno inviate al Contraente in formato cartaceo. Il Contraente ha facoltà di scegliere di ricevere le comunicazioni relative ai rapporti di polizza in corso di contratto unicamente in formato digitale registrandosi all'Area web Riservata ai Clienti Eurovita disponibile sul sito www.eurovita.it e selezionando l'apposita opzione. In tal caso, il Contraente riceverà via e-mail l'avviso di avvenuta pubblicazione delle comunicazioni nell'Area web Riservata. L'informativa relativa all'Area web Riservata è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il Contraente non scelga tale opzione, le medesime comunicazioni saranno inviate in formato cartaceo.

TUTELA 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 Assicurazione, **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,

 acconsente non acconsente

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.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

AVVERTENZA

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.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto decorre e produce gli effetti il primo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Addebito in conto presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento da parte dell'Impresa di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo 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 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente

Cognome e Nome del P.F.A. (in stampatello)
e codice FinecoBank S.p.A.

Firma del Promotore Finanziario*

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Timbro e Firma della Società distributrice

* Firma del Promotore Finanziario, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.