Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____ %

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

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 3:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____ %

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

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 4:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____ %

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

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Beneficiario 5:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____ %

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

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 natiuri dell'Assicurato alla data 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 natiuri 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 _____

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Firma del Contraente _____

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

Firma del Consulente⁽²⁾ _____Timbro e Firma della Società distributrice⁽²⁾ _____

⁽²⁾ Firma della Società distributrice/del Consulente, 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.

Originale per Eurovita S.p.A. • 1^a copia per la Società distributrice • 2^a copia per il Contraente • 3^a copia per Filiale/Consulente

p. 2/6

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

COPERTURA AGGIUNTIVA E OPZIONALE CASO MORTE PROGRAMMA PROTEZIONE (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel caso in cui il Contraente decida di richiedere la seguente copertura aggiuntiva e opzionale:

COPERTURA PROGRAMMA PROTEZIONE Il Contraente richiede la sottoscrizione della copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* che prevede una maggiorazione del capitale assicurato pari a un importo fisso aggiuntivo di:

Euro _____, 00 (indicare Euro 50.000 o Euro 100.000)

La copertura aggiuntiva e opzionale *Programma Protezione* è regolata dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e comporta i costi previsti all'art. 21. La copertura può essere richiesta solo per contratti con Assicurato di età inferiore ai 66 anni compiuti alla *data di entrata in vigore*. La copertura ha durata un anno dalla *data di entrata in vigore*, e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, sempreché alla *data di rinnovo* l'Assicurato abbia un'età inferiore ai 70 anni compiuti e la copertura assicurativa principale sia ancora in essere. Resta ferma la facoltà del Contraente di comunicare all'Impresa la propria volontà di non rinnovare la copertura che deve pervenire all'Impresa al più tardi il giorno 15 del mese antecedente la *data di rinnovo* mediante lettera raccomandata A/R o tramite l'apposito modulo disponibile presso la Società distributrice.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il sottoscritto Assicurato attesta il proprio stato di salute, e in particolare conferma:

- di avere una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) ed il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 - 70 = 105);
- di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato, e di non essere al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi, e di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato, di non essere a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro;
- di non essere in attesa di ricovero e non esser stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica);
- di non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica (*) e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità).

(*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

L'Assicurato **DICHIARA** di non avere in vigore la copertura *Programma Protezione* su altri contratti emessi da Eurovita S.p.A.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato

Prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, quale soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

SOTTOSCRIZIONE FORMULA DI PAGAMENTO DI VERSAMENTI AGGIUNTIVI PROGRAMMATI (FACOLTATIVA)

Il Contraente richiede la sottoscrizione della formula di pagamento di Versamenti Aggiuntivi Programmati (c.d. VAP) alle seguenti condizioni:

Premio VAP mensile Euro _____ (minimo Euro 100) trimestrale Euro _____ (minimo Euro 300)

Il premio è corrisposto mediante addebito automatico in conto corrente n. _____

Cod. Paese CIN IBAN CIN Codice ABI CAB Numero conto corrente

presso _____ (collocatore) _____ CAB (Codice Avviamento Bancario) Comune della Filiale dell'ordinante

DICHIARAZIONE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto gratuitamente i seguenti documenti, componenti il set informativo:

- il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle singole opzioni di investimento, 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.

Firma del Contraente

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

Firma del Consulente⁽²⁾

Timbro e Firma della Società distributrice⁽²⁾

⁽²⁾ Firma della Società distributrice/del Consulente, 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.

Originale per Eurovita S.p.A. • 1^a copia per la Società distributrice • 2^a copia per il Contraente • 3^a copia per Filiale/Consulente

p. 5/6

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:

- Assegno circolare/bancario su piazza: 1 giorno dal ricevimento
- Assegno bancario fuori piazza: 3 giorni dal ricevimento
- Bonifico bancario/addebito in c/c: il giorno di ricevimento 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

Firma dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente)

Firma del Consulente⁽²⁾Timbro e Firma della Società distributrice⁽²⁾

⁽²⁾ Firma della Società distributrice/del Consulente, 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.

Originale per Eurovita S.p.A. • 1^a copia per la Società distributrice • 2^a copia per il Contraente • 3^a copia per Filiale/Consulente

p. 6/6

Eurovita S.p.A. - Sede legale e direzione generale Via Pampuri 13, 20141 Milano - T. +39 02 57441 - F. +39 02 5730 9953 - eurovita@legalmail.it - www.eurovita.it
 Capitale sociale € 90.498.908 i.v. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. n. 85 del 10/04/1992) - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 03735041000 - Partita IVA n. 10637370155 - Iscritta alla Sez. 1 dell'Albo Imprese IVASS al n. 1.00104 e appartenente al Gruppo Eurovita, iscritto all'Albo Gruppi IVASS al n. 053 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.