

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N. XXXXXX
CARIGE VITA VALORE - TARIFFA V314

Intermediario: XXX - XXXXX/XXXX (Fil. XXXX)

Contraente: XXXXX XXXXX

Nato/a a XXXXXX

Documento di riconoscimento: XX XXXXXX

Sesso X

il XX/XX/XXXX

C.F. - P.IVA XXXXXXXXXXXXXXXX

rilasciato il XX/XX/XXXX

a XXXXXX

Assicurando: XXXXX XXXXX

Nato/a a XXXXXX

Sesso X

il XX/XX/XXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXX

BENEFICIARI:

La designazione dei beneficiari sarà effettuata nella polizza di assicurazione.

Durata contratto: anni XX

Capitale da assicurare: Euro XXX.XXX,XX

Conto Corrente di addebito: XXXXXX/XX XXXX

Data di emissione: XX/XX/XXXX

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Dichiaro di aver risposto alle domande contenute nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e di aver sottoscritto il Questionario stesso.

A norma dell'art. 2952 comma II c.c. gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

OPER n°XXXX BANCA _____ S.p.A. Il Contraente _____

REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino al momento in cui il contratto non è perfezionato, il Contraente ha la facoltà di revocare la propria Proposta di assicurazione inviando alla Società una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi della Proposta e la dichiarazione che intende revocare la Proposta stessa. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della proposta, la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

ATTESTAZIONE DI AUTENTICITA' DELLE FIRME - Il sottoscritto incaricato della Banca Intermediaria:

- attesta l'autenticità delle firme apposte sul presente modello e la corretta identificazione del Contraente.
- dichiara di aver consegnato l'originale della Proposta al Contraente.

Timbro e firma dell'incaricato della Banca _____

Il sottoscritto Contraente dichiara che gli è stato consegnato il fascicolo informativo riferito alla forma assicurativa prescelta.

Il Contraente _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILIIl Contraente e l'Assicurando, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art 13 del D.Lgs 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti all'art. 7 del Decreto Legislativo stesso ☐ danno il consenso ☐ negano il consenso al trattamento dei dati sensibili, alla loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 dell'informativa, per adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, e dalla normativa comunitaria, a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge e da organi di vigilanza e di controllo, nonché in relazione a specifiche operazioni, prodotti e servizi richiesti, e fermo restando che la Società utilizzerà tali dati "sensibili" strettamente ed esclusivamente nella misura indispensabile per poter eseguire quanto richiesto. ☐ danno il consenso ☐ negano il consensoal trattamento dei dati comuni, alla loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'informativa, al loro trasferimento all'estero al fine di gestire gli adempimenti connessi alle operazioni e ai servizi richiesti (finalità di cui al punto 2, lettera A. e B., dell'informativa stessa). ☐ danno il consenso ☐ negano il consensoal trattamento e alla comunicazione dei dati comuni ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) delle informative, per finalità di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti (finalità di cui al punto 2 lettera C delle informative stesse) ☐ danno il consenso ☐ negano il consenso

Il Contraente _____

L'Assicurando (se diverso dal Contraente) _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO (rispondere ad ogni domanda con SI o NO)	
Cognome e Nome:	XXXXXX XXXXX
Altezza:	XXX cm
Peso:	XXX Kg
Professione:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Professione Specifica:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Sport Praticato:	XXXXXXXXXXXX
1.	Soffre o ha sofferto di ipertensione, di malattie dell'apparato digerente, cardiovascolare, respiratorio, urogenitale, endocrino-metabolico, osteo-articolare, di malattie tumorali, neuropsichiche, delle ghiandole a secrezione interna, del sangue, dei polmoni, del fegato, del sistema nervoso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.	È stato o dovrà essere ricoverato in ospedale nel corso dei prossimi mesi per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsillectomia, erniotomia, meniscectomia, frattura degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.	Assume, fatta eccezione per disturbi minori, medicinali in modo regolare e continuativo o ne ha assunti negli ultimi 12 mesi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.	Fuma più di 20 sigarette al giorno e/o fa uso di stupefacenti/allucinogeni e/o abusa di alcoolici? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.	La Sua attività extra-professionale rientra tra quelle di seguito elencate: acrobata trapezista, artista controfigura, pilota/allievo pilota, aviazione civile, collaudatore di auto o motoveicoli, guida alpina, addetto alla pubblica sicurezza, addetto alla Protezione Civile, speleologo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.	Ha mai avuto una proposta di assicurazione (vita, invalidità o malattia) rifiutata, rinviata o accettata con sovrappremi od esclusioni? E' attualmente titolare di una polizza di assicurazione (vita, invalidità o malattia) o ha proposte in corso di perfezionamento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

I sottoscritti, Contraente ed Assicurando del contratto che verrà emesso in base alla presente Proposta forniscono le seguenti dichiarazioni.

1. Propongono l'assicurazione dopo aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione della tariffa prescelta e delle Condizioni Particolari di Carenza per le assicurazioni senza visita medica.

2. Riconoscono che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.

3. Sono a conoscenza che la Proposta deve servire di base all'emittendo contratto e che ne è parte integrante. La Società si riserva comunque di richiedere ulteriore documentazione e di accettare o meno il rischio.

4. Sono a conoscenza che:

- la Società in relazione alla copertura assicurativa desiderata, ha diritto di richiedere idonea documentazione sanitaria.

- nei casi non previsti dalla Società l'Assicurando ha comunque facoltà di sottoporsi a visita medica, al fine di attestare il suo attuale stato di salute e di richiedere la copertura totale immediata. Tale visita deve essere effettuata da un Medico, diverso da quello di famiglia, che eserciti Medicina Generale con una esperienza almeno di cinque anni.

Il costo della documentazione sanitaria e della visita medica è a totale carico dell'Assicurando.

5. Attestano, ad ogni effetto di legge, di avere verificato l'esattezza delle risposte alle dichiarazioni personali e sanitarie, che le informazioni e le risposte contenute nella presente Proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete, che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate e si assumono ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri.

6. Attesta, ad ogni effetto di legge, di essere consapevole che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative alle informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e che la Società ha facoltà di:

-contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione;

-non prestare alcuna garanzia assicurativa e rifiutare, in ogni tempo, qualsiasi pagamento.

7. Prosciogliono dal segreto professionale e legale tutti i medici che abbiano visitato o curato l'Assicurando e tutte le altre per-sone cui la Società ritenesse necessario, in qualsiasi momento, rivolgersi per avere notizie e acconsentono che le stesse siano divulgate dalla Società ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

8. Sono a conoscenza che le garanzie assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio previsto, oppure dal giorno di effetto stabilito, se successivo alla data di pagamento.

Il versamento del premio sarà convalidato dalla Società mediante una lettera di conferma nella quale sarà comunicato al Contraente il numero definitivo della polizza.

Il Contraente _____

L'Assicurando (se diverso dal Contraente) _____