

BANCA COD.AGENZIA COD. PROMOTORE CONVENZIONE
RAMO PRODOTTO VERSIONE NUMERO PROPOSTA POLIZZA

CONTRAENTE

Cognome e Nome: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Prov: Data di nascita: Età
Professione: Sesso: ramo di attività: Sottogruppo:
Indirizzo: Provincia:
Comune: C.A.P.: Cab. Comune: Cod. Paese:

Rappresentante legale (se Contraente persona giuridica)

Cognome e Nome: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Prov: Data di nascita: Età
Professione: Sesso: ramo di attività: Sottogruppo:
Indirizzo: Provincia:
Comune: C.A.P.: Cab. Comune: Cod. Paese:

Assicurato (se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Prov: Data di nascita: Età
Professione: Sesso: ramo di attività: Sottogruppo:
Indirizzo: Provincia:
Comune: C.A.P.: Cab. Comune: Cod. Paese:

BENEFICIARI

Beneficiari caso vita:
Beneficiari caso morte:

CONCLUSIONE E DECORRENZA CONTRATTO

Il contratto si intende concluso, il giorno di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta Polizza. La data di decorrenza della copertura assicurativa 12/08/2008.

PREMIO E RIPARTIZIONE TRA FONDI

Premio versato: Tipo Premio: unico Spese di emissione: €20
Capitale nominale:

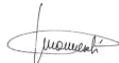
SOMME ASSICURATE

Come da Condizioni di assicurazione.

DATI IDENTIFICATIVI

Documento di riconoscimento N. Tipo:
Ente emittente: Luogo e Data emissione:
Luogo e data di sottoscrizione:

BancAssurance Popolari SpA



CONTRAENTE (firma)
ASSICURATO (se diverso dal Contraente) (firma)

COLLOCATORE
(firma)

AVVERTENZE:La sottoscrizione del presente modulo di proposta polizza deve essere preceduta dalla consegna e presa visione delle Parti I e II del Prospetto Informativo e delle condizioni di assicurazione. Il contraente ha la possibilità di ottenere su richiesta la Parte III del Prospetto.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il contraente dichiara e prende atto:

- DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO, DEL PROSPETTO INFORMATIVO, DELLE CONDIZIONI DI CONTRATTO, DEL REGOLAMENTO E DELL'UTERIORE MATERIALE INFORMATIVO PRECONTRATTUALE E DI ACCETTARE INTEGRALMENTE IL CONTENUTO DI TALI DOCUMENTI OVE NON IN CONTRASTO CON I DATI E LE DICHIARAZIONI RESE
- Il contraente ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso ai sensi del D.Lgs. 7 dicembre 2005, n. 209 entro 30 giorni dalla conclusione del contratto mediante l'invio alla Società di una lettera Raccomandata A/R con l'indicazione di tale volontà. La Società provvederà a rimborsare al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto con deduzione delle spese connesse all'emissione del contratto;
- che l'efficacia della sottoscrizione del presente modulo, qualora venga acquisita mediante offerta fuori sede, è sospesa per la durata di 7 (sette) giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione da parte del Contraente. Entro detto termine il Contraente può comunicare, a mezzo raccomandata A/R, alla Compagnia o al soggetto incaricato della raccolta delle sottoscrizioni, il proprio diritto di revoca senza spese né corrispettivo;
- di essere responsabile della veridicità e completezza delle informazioni e dei dati forniti nel presente modulo, pur se materialmente scritti da altri, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti per la sottoscrizione al presente contratto, anche ai fini del loro utilizzo ai sensi del D.Lgs. 21/11/2007, n.231 e si impegna a comunicare alla Compagnia ogni variazione che dovesse intervenire.

Inoltre ai sensi degli articoli 1341-1342 del C.C., il Contraente e l'Assicurato dichiarano di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: prestazioni assicurate - Diritto di Recesso - Premio - Caricamenti - Riscatto - Variazioni contrattuali - Pagamenti alla società - Legislazione - Foro competente

ASSICURATO (se diverso dal Contraente) (firma)	CONTRAENTE (firma)
--	------------------------------

• Il contraente, inoltre, dichiara di aver ricevuto la copia di propria pertinenza del presente modulo e l'allegato 7/b (informativa ai sensi dell'art. 85, comma 2 del Reg. Consob n. 16190/2007 e successive modifiche ed integrazioni). Dichiara inoltre che il presente modulo non contiene cancellature e di non averne ricevute altre ad integrazione dello stesso.

	CONTRAENTE (firma)
--	------------------------------

Conflitti di interesse: Avendo preso atto dell'esistenza di un interesse dei Collocatori alla promozione ed alla distribuzione dei prodotti della Compagnia, sia in virtù dei loro eventuali rapporti con il Gruppo Banca Etruria, sia perché a fronte delle sottoscrizioni dei contraenti-investitori percepiscono quota parte del flusso commissionale previsto dal presente contratto, autorizzo l'operazione

ASSICURATO (se diverso dal Contraente) (firma)	CONTRAENTE (firma)
--	------------------------------

MODALITA' DI PAGAMENTO: il sottoscritto Contraente autorizza la propria Banca ad addebitare sul proprio conto corrente il premio relativo alla presente polizza.

Euro _____ c/c di addebito ABI _____ CAB _____ C/C _____
IBAN _____

CONTRAENTE (firma)

data di valuta: 12/08/2008

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'Art. 13 della legge N. 196/03 riportata nelle condizioni di contratto, ed ai sensi degli articoli 23, 24, 26,37,43, 44 e 45 della legge 30 giugno 2003, n. 196,

acconsento/iamo

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. A) e B), della predetta informativa e obbligatori per legge al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE)

acconsento/iamo (*)

al trattamento dei dati personali, che mi riguardano per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi, alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. A), B), della predetta informativa per finalità d'informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE)

(*) ove l'interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento, comunicazione e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di informazione commerciale, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento"

Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa

Luogo e data di sottoscrizione _____

CONTRAENTE (firma)	ASSICURATO(se diverso dal Contraente) (firma)
------------------------------	---

Parte Riservata ai soggetti incaricati del collocamento

Promotore/Dipendenza	cognome-nome ABI-CAB	Codice/NDG
FIRMA facente fede dell'identificazione dei firmatari.....		



BancAssurance Popolari S.p.A. Sede legale Via Calamandrei,255- 52100 Arezzo - Sede Amministrativa Via Toscana,1 - 00187 ROMA Tel. 06.4204581 - Fax 06.42045832 - C.F. e P.IVA 01652770510- Capitale Sociale €21.000.000 i.v. - Registro Imprese di Arezzo n. 14240 / 2000 - R.E.A di Arezzo n. 128879
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n° 1794 del 9 febbraio 2001 (G.U. n. 43 del 21 febbraio 2001)
http:// www.bancassurance.it - E-mail : info@bancassurance.it - numero verde 800 663377