

BAP Vita ScacciaPensieri 2017

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A PREMIO ANNUO
COSTANTE E CAPITALE ASSICURATO COSTANTE
(Cod. PR3)

Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Certificato cui contraente e Parti Contraenti faranno riferimento.

La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita da BancAssurance Popolari S.p.A. direttamente con la Lettera Contrattuale di Conferma.

AGENZIA _____ FILIALE AGENZIA _____	CONVENZIONE _____ COLLOCATORE _____																														
<p>CONTRAENTE (nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa inserire i dati del Legale Rappresentante (*)):</p> <table> <tr> <td>Cognome e Nome</td> <td>Codice Fiscale</td> <td>Sesso</td> </tr> <tr> <td>Comune di nascita</td> <td>Data di nascita</td> <td>Età</td> </tr> <tr> <td>Residenza Indirizzo</td> <td>Provincia</td> <td>C.A.P.</td> </tr> <tr> <td>Comune</td> <td>Codice Paese</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Documento di riconoscimento nr:</td> <td>Data emissione</td> <td>Tipo Documento</td> </tr> <tr> <td>Ente Emittente</td> <td>Luogo emissione</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Professione</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indirizzo E-mail</td> <td>Numero di cellulare</td> <td></td> </tr> </table> <p>Nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa</p> <table> <tr> <td>Ragione Sociale</td> <td>Partita IVA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sede (Via e N.°civico)</td> <td>C.A.P. e Località</td> <td>Prov. Stato</td> </tr> </table> <p>(*) Si allega un documento comprovante il potere di rappresentare legalmente l'Impresa</p>		Cognome e Nome	Codice Fiscale	Sesso	Comune di nascita	Data di nascita	Età	Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.	Comune	Codice Paese		Documento di riconoscimento nr:	Data emissione	Tipo Documento	Ente Emittente	Luogo emissione		Professione			Indirizzo E-mail	Numero di cellulare		Ragione Sociale	Partita IVA		Sede (Via e N.°civico)	C.A.P. e Località	Prov. Stato
Cognome e Nome	Codice Fiscale	Sesso																													
Comune di nascita	Data di nascita	Età																													
Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.																													
Comune	Codice Paese																														
Documento di riconoscimento nr:	Data emissione	Tipo Documento																													
Ente Emittente	Luogo emissione																														
Professione																															
Indirizzo E-mail	Numero di cellulare																														
Ragione Sociale	Partita IVA																														
Sede (Via e N.°civico)	C.A.P. e Località	Prov. Stato																													
<p>ASSICURATO:</p> <table> <tr> <td>Cognome e Nome</td> <td>Età</td> <td>Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td>Luogo e Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Residenza Indirizzo</td> <td>Provincia</td> <td>C.A.P.</td> </tr> <tr> <td>Comune</td> <td></td> <td>Codice Paese</td> </tr> <tr> <td>Documento di riconoscimento nr:</td> <td>Data emissione</td> <td>Tipo Documento</td> </tr> <tr> <td>Ente Emittente</td> <td>Luogo emissione</td> <td></td> </tr> </table>		Cognome e Nome	Età	Codice Fiscale	Luogo e Data di nascita	Sesso		Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.	Comune		Codice Paese	Documento di riconoscimento nr:	Data emissione	Tipo Documento	Ente Emittente	Luogo emissione													
Cognome e Nome	Età	Codice Fiscale																													
Luogo e Data di nascita	Sesso																														
Residenza Indirizzo	Provincia	C.A.P.																													
Comune		Codice Paese																													
Documento di riconoscimento nr:	Data emissione	Tipo Documento																													
Ente Emittente	Luogo emissione																														
<p>BENEFICIARI E REFERENTE TERZO IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO:</p> <p>Avvertenza - in caso di mancata comunicazione del/i Beneficiario/i in forma nominativa l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiario/i. La modifica o revoca del/dei Beneficiario/i deve essere comunicata all'Impresa.</p> <p>Inviare comunicazioni ai Beneficiari prima dell'evento. <input type="checkbox"/>SI <input type="checkbox"/>NO</p> <p><i>*secondo quanto previsto dalla normativa in vigore</i></p> <p>Luogo e data, _____ Il Contraente _____</p>																															

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Capitale assicurato: Euro

Data decorrenza:

Durata (in anni):

Premio alla sottoscrizione: Euro
(comprensivo di un diritto fisso di 30 Euro)

Frazionamento prescelto:

Rata di premio successiva: Euro
(comprensiva di 0,5 Euro in caso di frazionamento mensile)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il Contraente, autorizza UBI Banca S.p.A. ad addebitare sul conto corrente, indicato in calce, l'importo del premio unico o del premio annuo costante - o della prima rata di premio - e le successive rate relativi al presente contratto:

CODICE IBAN

FILIALE

Attenzione: è escluso il pagamento in contanti.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

I SOTTOSCRITTI CONTRAENTE ED ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE):

- confermano che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta-Certificato anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del set informativo;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato ed il pagamento del premio, che il Contratto è concluso e che BancAssurance Popolari S.p.A. si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla stessa, fatto salvo errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- prendono atto che il Contratto decorre a partire dalle ore 24 della data di conclusione del Contratto. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione della "Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale", presente nella Proposta-Certificato;
- prendono atto che il pagamento del premio viene effettuato mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, fa fede la documentazione contabile del competente istituto di credito.

L'Impresa infine si riserva il diritto, entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto - nel caso che dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo - di rifiutare l'assunzione del rischio (con conseguente restituzione del premio) o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla sottoscrizione della presente Proposta-Certificato, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di Conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente e l'Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

L'Impresa, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto di 30 Euro a titolo di rimborso delle spese di emissione.

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito alle DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ai TERMINI DI DECORRENZA ed al DIRITTO DI RECESSO sopra indicati.

Luogo e data, _____

L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

Il Contraente _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Art. Dichiarazioni dell'Assicurato; Art. Conclusione del Contratto e decorrenza delle garanzie; Art. Rischio di morte; Art. Carenza; Art. Risoluzione del contratto; Art. Pagamenti della Compagnia; Art. Cessione, pegno e Vincolo.

Luogo e data _____

L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

Il Contraente _____

L'ASSICURATO DICHIARA DI NON AVERE IN CORSO CON BANCASSURANCE POPOLARI S.P.A. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PER IL CASO DI MORTE.

Luogo e data, _____

L'Assicurato (o il Contraente se coincidente) _____

ATTENZIONE: nel caso in cui l'Assicurato non sottoscriva tale dichiarazione, l'importo del capitale assicurato, ai fini della determinazione degli accertamenti sanitari da eseguire, verrà calcolato considerando anche altre eventuali coperture assicurative caso morte in essere con l'Impresa.

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE dichiara di aver:

- ricevuto il set informativo contenente il DIP Vita, il DIP aggiuntivo Vita, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, le informazioni sul trattamento dei dati personali, la presente Proposta-Certificato ed il Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale che definiscono il Contratto;
- ricevuto il documento contenente – ai sensi dell'art.56, comma 3, lett. a) del Regolamento IVASS n.40/2018 – i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e data, _____

Il Contraente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI PARTICOLARI CATEGORIE DI DATI

Io/Noi sottoscritto/i, confermando di aver letto e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali, compresi quelli eventualmente rientranti nelle categorie particolari(*), contenuta nel set informativo ricevuto dal Contraente, do/ diamo il CONSENSO al trattamento dei mie/nostri dati, anche particolari, da parte della Compagnia - ivi compresa la comunicazione ai soggetti terzi di cui alla nota n.(3) dell'informativa, per i correlati trattamenti - esclusivamente per l'esecuzione di specifiche operazioni o per l'erogazione e la gestione di specifici prodotti/servizi richiesti dalla sottoscritto/a, nonché per dar seguito alle attività di gestione e di liquidazione dei sinistri ovvero in caso di contenzioso, a fini di difesa in giudizio, consapevole che, in mancanza di tale consenso, la Compagnia non potrà eseguire quelle operazioni che richiedono tali trattamenti o comunicazioni.

Sono/Siamo consapevole/i che solo sottoscrivendo il presente CONSENSO l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei/nostri dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali.

Luogo e data, _____

L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

Il Contraente _____

(*) A titolo esemplificativo e non esaustivo, nelle categorie particolari di dati personali rientrano: dati sulla salute, genetici, biometrici, che rivelino convinzioni religiose, politiche etc..

SPAZIO RISERVATO ALL'OGGETTO INCARICATO

Ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio dichiaro di aver identificato il Contraente e l'Assicurato e di aver verificato a tale fine la correttezza dei dati ad essi relativi.

Nome e cognome _____

Firma _____

Data ultimo aggiornamento: 01/01/2019

Mod:PR3V1