

BAP Care

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A PREMIO ANNUO
COSTANTE E CAPITALE ASSICURATO COSTANTE
(Cod. PR4)**

N.

Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Certificato cui entrambe le 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 _____																																		
CONTRAENTE (nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa inserire i dati del Legale Rappresentante (*)): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">Cognome e Nome</td> <td style="width:25%;">Codice Fiscale</td> <td style="width:25%;">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 style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:60%;">Ragione Sociale</td> <td style="width:20%;">C.A.P. e Località</td> <td style="width:10%;">Partita IVA</td> <td style="width:10%;">Prov.</td> <td style="width:10%;">Stato</td> </tr> <tr> <td>Sede (Via e N.°civico)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></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	C.A.P. e Località	Partita IVA	Prov.	Stato	Sede (Via e N.°civico)				
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	C.A.P. e Località	Partita IVA	Prov.	Stato																															
Sede (Via e N.°civico)																																			
ASSICURATO: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">Cognome e Nome</td> <td style="width:25%;">Età</td> <td style="width:25%;">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>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 del/dei Beneficiario/i. La modifica o revoca del/dei Beneficiario/i deve essere comunicata all'Impresa.</p> <p>BENEFICIARI E REFERENTE TERZO IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO</p> <p>Il Contraente designa il/i seguente/i Beneficiario/i in caso di decesso dell'Assicurato:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:40%;">Nome e Cognome/Società</td> <td style="width:20%;">CF/P.iva</td> <td style="width:20%;">Luogo nascita</td> <td style="width:20%;">Data</td> </tr> <tr> <td>Residenza Indirizzo</td> <td>CAP</td> <td>Comune</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefono</td> <td>e-mail</td> <td>% designata</td> <td></td> </tr> </table> <p>Inviare comunicazioni* al beneficiario prima dell'evento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>*(secondo quanto previsto dalla normativa in vigore)</p> <p>BENEFICIARI GENERICI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO:</p> <p><input type="checkbox"/> Il Contraente richiede che, in caso di decesso, l'Impresa faccia riferimento al seguente referente terzo al fine di facilitare la ricerca del/i beneficiario/i):</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:40%;">Nome e Cognome/Società</td> <td style="width:20%;">CF/P.iva</td> <td style="width:20%;">Luogo nascita</td> <td style="width:20%;">Data</td> </tr> <tr> <td>Residenza Indirizzo</td> <td>CAP</td> <td>Comune</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefono</td> <td>e-mail</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nome e Cognome/Società	CF/P.iva	Luogo nascita	Data	Residenza Indirizzo	CAP	Comune		Telefono	e-mail	% designata		Nome e Cognome/Società	CF/P.iva	Luogo nascita	Data	Residenza Indirizzo	CAP	Comune		Telefono	e-mail												
Nome e Cognome/Società	CF/P.iva	Luogo nascita	Data																																
Residenza Indirizzo	CAP	Comune																																	
Telefono	e-mail	% designata																																	
Nome e Cognome/Società	CF/P.iva	Luogo nascita	Data																																
Residenza Indirizzo	CAP	Comune																																	
Telefono	e-mail																																		

Luogo e data, _____

Il Contraente _____

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Capitale assicurato: Euro

Data decorrenza: _____ Durata (in anni): _____

Premio alla sottoscrizione: Euro

Frazionamento prescelto: _____

Rata di premio successiva: Euro

(comprensiva di 0,50 Euro in caso di frazionamento mensile)

MODALITA' DI PAGAMENTO

(Valido nel caso in cui l'Intermediario sia UBI BANCA S.p.a)

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

(Valido nel caso in cui l'Intermediario sia INTESA SANPAOLO INSURANCE AGENCY S.p.a)

Bonifico Bancario

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 e nel "Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale" anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato ed il "Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale" sono parte integrante del Set Informativo;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato, che il Contratto è concluso e che BancAssurance Popolari S.p.A. si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE allo stesso a condizione che il premio sia stato corrisposto e che sia stato positivamente concluso con l'accettazione della Proposta da parte della Compagnia l'iter assuntivo descritto nell'Art 4.1 delle Condizioni contrattuali ("Accertamenti sanitari e professionali");
- prendono atto che il Contratto decorre a partire dalle ore 24 della data di decorrenza riportata nella presente Proposta-Certificato. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata alla conclusione del Contratto;
- prendono atto che il pagamento del premio, qualora l'Intermediario sia UBI BANCA S.p.a, 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. Qualora il pagamento del premio venga effettuato mediante bonifico bancario, ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del premio, fa fede la data di valuta di accredito alla Compagnia.

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

DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO

Il Contraente può - entro la data di conclusione del contratto - revocare la proposta. Entro 30 giorni dalla data di conclusione può esercitare il recesso del contratto. Il diritto di revoca e di recesso libera il Contraente e l'Impresa di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto. La Compagnia provvede a rimborsare il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca o recesso. In caso di recesso verrà applicata la deduzione dal premio delle spese connesse all'emissione del contratto pari a 30,00 Euro.

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 REVOCA E 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. 1 Prestazioni assicurate; Art. 2 Persone non assicurabili; Art. 3 Esclusioni; Art. 3.1 Carezza; Art. 4.1 Accertamenti sanitari e professionali; Art. 4.2 Dichiarazioni; Art. 7 - Conclusione e decorrenza del contratto; Art. 7.1 Durata e termine della copertura assicurativa; Art. 8 Diritto di revoca e di recesso; Art. 14 Cessione, pegno, 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 comprensive del 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 miei/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 dal/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 AL SOGGETTO 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: 08/01/2021

Mod:PR4V3

COPIA NON VALIDA PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO