

**BAP Defense**

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A PREMIO ANNUO  
 COSTANTE A CAPITALE ASSICURATO COSTANTE  
 ANTICIPATIVA IN CASO DI MALATTIA GRAVE  
 (Cod. TD1)

Questo è il numero attribuito alla presente Proposta-Certificato cui tutte 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 _____	CONVENZIONE _____
FILIALE AGENZIA _____	COLLOCATORE _____

  

CONTRAENTE (nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa inserire i dati del Legale Rappresentante (*)):		
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	
Nel caso in cui il Contraente sia un'Impresa		
Ragione Sociale		Partita IVA
Sede (Via e N.°civico)	C.A.P. e Località	Prov. Stato
(*) Si allega un documento comprovante il potere di rappresentare legalmente l'Impresa		

  

ASSICURATO:		
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	
Professione		

  

**Avvertenza: in caso di mancata comunicazione del/i Beneficiario/i in forma nominativa l'Impresa potrà incontrare, alla scadenza contrattuale o 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.**

**BENEFICIARI E REFERENTE TERZO IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO**  
 Il Contraente designa il/i seguente/i Beneficiario/i in caso di decesso dell'Assicurato:

Nome e Cognome/Società	CF/P.iva	Luogo nascita	Data
Residenza Indirizzo	CAP	Comune	
Telefono	e-mail	% designata	

Inviare comunicazioni\* al beneficiario prima dell'evento:  Si  No  
 \*(secondo quanto previsto dalla normativa in vigore)

**BENEFICIARI GENERICI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO:**

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:)

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

A fronte del Premio Annuo Costante, viene garantito un capitale assicurato pari a Euro:

Data decorrenza:

Durata:

Premio annuo: Euro

Frazionamento prescelto:

(comprensivo di 30 Euro di diritto fisso addebitato esclusivamente alla sottoscrizione)

Rata di premio: Euro

## MODALITA' DI PAGAMENTO

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

CODICE IBAN

IMPORTO EURO

FILIALE

(alla sottoscrizione l'importo verrà maggiorato di un diritto fisso pari a 30 Euro)

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 data 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 del "Questionario dell'assicurato sul proprio stato di salute e sulla propria condizione professionale";
- 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 del Contraente e dell'Assicurato; Art. Conclusione del Contratto e decorrenza delle garanzie;; Art. Carezza; Art. Risoluzione del contratto; Art. Rischi non coperti; 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 (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 e 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: 01/01/2019

Mod:TD1V1