



Bipiemme Vita S.p.A.  
Via G. Lazzaroni 3 20124 Milano  
Tel. (+39) 02/77002405  
Fax. (+39) 02.77005107  
Pec [bipiemmevita@pec.it](mailto:bipiemmevita@pec.it)  
[www.bipiemmevita.it](http://www.bipiemmevita.it)

Capitale Sociale € 179.125.000,00 int. vers., Rappresentante del Gruppo IVA "Gruppo assicurativo Bipiemme Vita" Partita IVA 1541960968, Codice Fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 10769290155, REA n. 1403170. Iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al numero 1.00116

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 17/3/94 e con Provvedimenti ISVAP n. 1208 del 7/7/99 e n. 2023 del 24/1/02. Capogruppo del Gruppo assicurativo Bipiemme Vita Iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 045. Direzione e coordinamento: Covéa Société de Groupe d'Assurance Mutuelle

SERIE:

PROPOSTA/POLIZZA N.	BANCA	AGENZIA	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTRAENTE (COGNOME E NOME)	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO	ETÀ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDIRIZZO	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N. DOCUMENTO DI IDENTITÀ	TIPO DOCUMENTO *	ENTE DI RILASCIO	DATA DI RILASCIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDIRIZZO A CUI INVIARE LA CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DA QUELLO DI RESIDENZA)	COD. FISCALE RAPPRESENTANTE LEGALE (PER CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDIRIZZO E-MAIL DEL CONTRAENTE	NR TELEFONO CONTRAENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ASSICURATO (COGNOME E NOME)	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	SESSO	ETÀ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA/POLIZZA IL CONTRAENTE INTENDE STIPULARE IL SEGUENTE CONTRATTO DI ASSICURAZIONE:

TARIFFA	NOME COMMERCIALE	DATA DI DECORRENZA	DATA DI SCADENZA	DURATA ANNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AL CONTRATTO SI APPLICANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL MODELLO

**DESCRIZIONE CONTRATTO**

**PRESTAZIONI ASSICURATE**  
PRESTAZIONE INIZIALE €

**PREMIO**  
TERMINE PAGAMENTO PREMI  CADENZA RATE PREMIO

PREMIO AL PERFEZIONAMENTO			
PREMIO NETTO AL PERFEZIONAMENTO €	DI CUI PER IL CASO MORTE €	SPESE €	TOTALE PREMIO AL PERFEZIONAMENTO €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) Legenda: 1 - carta d'identità; 2 - patente di guida; 3 - passaporto; 4 - porto d'armi; 5 - tessera postale; 6 - altro documento

**IL PAGAMENTO DEL PREMIO VIENE EFFETTUATO MEDIANTE ADDEBITO SUL CONTO CORRENTE INTRATTENUTO DAL CONTRAENTE PRESSO LA BANCA DISTRIBUTRICE.  
LA VALUTA DI ADDEBITO È PREVISTA ALLA DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO.**

**IL CONTRAENTE DESIGNA I SEGUENTI SOGGETTI QUALI BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO PRIMA DELLA DATA DI SCADENZA DEL CONTRATTO:**

COGNOME E NOME	COD. FISC./PARTITA IVA	INDIRIZZO	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	E-MAIL

**IN CASO DI MANCATA COMPILAZIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA, L'IMPRESA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DEI BENEFICIARI.  
LA MODIFICA O LA REVOCA DEI BENEFICIARI DEVE ESSERE COMUNICATA ALL'IMPRESA.**

**IL CONTRAENTE DESIGNA QUALI BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI SOPRAVVIVENZA DELL'ASSICURATO ALLA SCADENZA DEL CONTRATTO:**

--

**IL CONTRAENTE DESIGNA QUALI BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO PRIMA DELLA DATA DI SCADENZA DEL CONTRATTO (DA COMPILARE QUALORA IL CONTRAENTE NON DESIDERASSE INDICARE I BENEFICIARI NOMINATIVAMENTE):**

--

IL CONTRAENTE ESCLUDE, PRIMA DELL'EVENTO, L'INVIO DI COMUNICAZIONI AI BENEFICIARI SE INDICATI IN FORMA NOMINATIVA?

SI

NO

IN CASO DI SPECIFICHE ESIGENZE DI RISERVATEZZA, IL CONTRAENTE DESIGNA QUALE REFERENTE TERZO DIVERSO DAI BENEFICIARI:

COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CAP	COMUNE DI RESIDENZA

A CUI L'IMPRESA POTRÀ FARE RIFERIMENTO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO.

**IL PREMIO INVESTITO VERRÀ CONFERITO NEL FONDO INTERNO BPMVITA Strategy 26, CON LE MODALITÀ E NEI TEMPI PREVISTI DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.**

PROPOSTA/POLIZZA EMESSA	A	IL
-------------------------	---	----

**IL PRESENTE DOCUMENTO È EMESSO IN FORMA CARTACEA OVVERO, PREVIO SPECIFICO CONSENSO DEL CONTRAENTE RACCOLTO DAL DISTRIBUTORE, SOTTO FORMA DI DOCUMENTO INFORMATICO TALE DA SODDISFARE I REQUISITI DELLA FORMA SCRITTA NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE.**

## PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

La sottoscrizione della presente Proposta/Polizza può avvenire mediante firma autografa apposta dal Contraente e, ove persona diversa, dall'Assicurato sul documento cartaceo ovvero mediante firma elettronica avanzata, messa a disposizione dal Distributore, apposta su tablet. Il contratto si considera perfezionato nel momento in cui, sottoscritta la presente Proposta/Polizza, l'importo del premio al perfezionamento viene corrisposto dal Contraente. Laddove il Contratto sia stato concluso "fuori sede", ai sensi dell'art. 30, D.Lgs. n. 58/98, ossia in luogo diverso dalla sede legale dell'Impresa o dalle dipendenze della Banca Distributrice, l'efficacia del Contratto è sospesa per la durata di sette giorni decorrenti dalla data di conclusione del Contratto. In tal caso la decorrenza del Contratto non potrà comunque essere antecedente all'ottavo giorno successivo alla data di conclusione dello stesso.

## AUTORIZZAZIONE AD ADEBITO SU CONTO CORRENTE

Il Contraente con la presente sottoscrizione autorizza espressamente la Banca ad addebitare sul conto corrente il cui codice IBAN è indicato a pagina 1 del presente modulo l'importo del premio pattuito, senza necessità per la Banca stessa di inviare la relativa contabile di addebito.

A tal fine dichiara di essere consapevole e di accettare inoltre che la Banca eseguirà l'addebito solo se il conto corrente avrà un saldo disponibile e sufficiente a coprire per l'addebito l'intero importo del premio e che, altrimenti, non verrà eseguito in parte.

## REVOCA DELLA PROPOSTA

Ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, nella fase che precede il perfezionamento del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta. In tale ipotesi Bipiemme Vita S.p.A. è tenuta alla restituzione delle somme eventualmente già pagate dal Contraente entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

## DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di perfezionamento. In tal caso entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, completa della documentazione indicata nelle Condizioni di Assicurazione, Bipiemme Vita S.p.A., trattenendo le eventuali spese di emissione indicate alla voce "Spese" in seconda pagina, rimborsa al Contraente un importo pari al controvalore delle quote assicurate, calcolato il primo giorno di riferimento utile successivo alla data di ricezione della richiesta di recesso, a cui verranno sommati la porzione di Premio Investito nella Gestione Interna Separata e l'importo effettivamente corrisposto a titolo di caricamento.

Laddove il Contratto sia stato concluso "fuori sede", ai sensi dell'art. 30, D.Lgs. n. 58/98, ossia in luogo diverso dalla sede legale dell'Impresa o dalle dipendenze della Banca Distributrice, l'efficacia del Contratto è sospesa per la durata di sette giorni decorrenti dalla data di conclusione del Contratto. Entro il termine predetto di 7 giorni il Contraente può comunicare a Bipiemme Vita S.p.A., o al promotore finanziario o al diverso addetto abilitato il proprio recesso senza spese né corrispettivo.

### DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Documento contenente le informazioni chiave, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e del regolamento del Fondo Interno

Il Contraente dichiara di aver compreso e di accettare le Condizioni di Assicurazione e, con il consenso dell'Assicurato (se persona diversa), di voler stipulare il presente contratto di assicurazione.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

Il Contraente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: *articolo 2 "Prestazioni assicurate", articolo 3, "Esclusioni", articolo 4 "Premio", articolo 5 "Conclusione, perfezionamento e durata del contratto"; articolo 6 "Diritto di recesso", articolo 7 "Riscatto", articolo 16 "Documentazione richiesta e pagamenti da parte dell'Impresa" e articolo 17 "Beneficiari".*

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

L'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) in base al disposto dell'articolo 1919 del codice civile dà il consenso alla conclusione del presente contratto di assicurazione.

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurato  
(se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_  
Per Assicurati minorenni o incapaci  
il Tutore o il Genitore esercente la Potestà

---

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver ricevuto l'Informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e di prendere atto che il trattamento dei dati personali, anche "particolari", propri o di terzi, conferiti in sede di stipula del contratto è obbligatorio per l'adempimento degli obblighi precontrattuali e contrattuali.

Inoltre, con riferimento alle ulteriori finalità di cui all'Informativa, ed in particolare per le attività di marketing, per l'invio di comunicazioni commerciali e per lo svolgimento di iniziative promozionali relative a prodotti e/o servizi assicurativi offerti da Bipiemme Vita S.p.A. o da società appartenenti al Gruppo assicurativo Bipiemme Vita,

**ACCONSENTONO**

**NON ACCONSENTONO**

al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi l'indirizzo di posta elettronica ed il numero di telefono cellulare.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurato  
(se persona diversa dal Contraente)

---

Polizza emessa sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato.

Bipiemme Vita S.p.A.  
L'Amministratore Delegato



---

### SPAZIO RISERVATO AL DISTRIBUTORE

Il sottoscritto incaricato della Banca:

- attesta l'autenticità delle firme apposte sul presente modulo e la corretta identificazione del Contraente (anche ai sensi della normativa Antiriciclaggio);
- attesta che, a fronte del pagamento del premio relativo al presente contratto, è stato disposto l'addebito sul conto corrente indicato in prima pagina.

Numero di matricola \_\_\_\_\_ e firma dell'Operatore \_\_\_\_\_

---