

RICHIESTA DI VARIAZIONE CON RIFLESSI SU PREMI E PRESTAZIONI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza in oggetto indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente e chiaramente compilato. **Il Contraente e l'Assicurato si dichiarano consapevoli che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

1. CORREZIONE DATA DI NASCITA E SESSO DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, comunica che contrariamente a quanto indicato nel certificato di assicurazione la data di nascita esatta dell'assicurato è _____ il sesso della persona assicurata è M F

È consapevole che tale correzione potrà portare ad una variazione delle prestazioni assicurate.

Luogo e data Firma Vincolatario (qualora esistente)

Firma Contraente Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante) Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme)

2. RIDUZIONE DELL'IMPORTO DI PREMIO PAGATO

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler ridurre l'importo di premio annuo a Euro _____ con decorrenza _____ da pagarsi con il frazionamento in corso.

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) Firma Vincolatario (qualora esistente)

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. VARIAZIONE DEL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler frazionare il pagamento del premio, a far data dal _____, in rate: annuali semestrali trimestrali mensili

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) Firma Vincolatario (qualora esistente)

4. ANNULLAMENTO / MODIFICA / INSERIMENTO DELL'INCREMENTO DEL PREMIO

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler: inserire l'incremento del premio nella misura del _____ %

modificare l'incremento del premio alla nuova misura percentuale del _____ annullare l'incremento del premio
Tale variazione dovrà decorrere o avere effetto: solamente sulle rate rimaste insolte ad oggi; dalla prima rata di premio rimasta insolta e fino al termine del contratto;
 solo per la prossima rata di premio scadente il _____ a partire dalla prossima rata di premio scadente il _____ e fino al termine del contratto.

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) Firma Vincolatario (qualora esistente)

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

5. RICHIESTA DI PAGAMENTO DEL PREMIO A MEZZO R.I.D. - AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADEBITO IN C/C

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler provvedere al pagamento della polizza in oggetto a mezzo R.I.D. a partire dalla prima scadenza utile e rimane in attesa di ricevere il modulo preposto all'attivazione di tale procedura.

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme)

6. VARIAZIONE DELLA DURATA DI POLIZZA

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler modificare la durata di polizza in anni _____.

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) Firma Vincolatario (qualora esistente)

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. VARIAZIONE DELLA DURATA PAGAMENTO PREMI

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ferma la durata di contrattuale, dichiara di voler modificare la durata pagamento premi in anni _____.

Luogo e data Firma Contraente Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) Firma Vincolatario (qualora esistente)

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

RICHIESTA DI VARIAZIONE CON RIFLESSI SU PREMI E PRESTAZIONI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza in oggetto indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente e chiaramente compilato. **Il Contraente e l'Assicurato si dichiarano consapevoli che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

8. VARIAZIONE DEL MINIMO GARANTITO IN CASO DI MORTE (CON QUESTIONARIO PER L'ASSICURATO)

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, secondo quanto previsto dalle

Condizioni Generali di Assicurazione, chiede la variazione della percentuale relativa al minimo garantito in caso di morte nella misura del _____ % della somma complessiva dei premi ed allega a tale scopo il nuovo questionario per l'assicurato (Cod. Mod. QA).

Dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare anche mediante la richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, l'accettazione o meno del nuovo rischio.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Firma Contraente _____ Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

9. INCREMENTO DEL MINIMO GARANTITO IN CASO MORTE IN SEGUITO A MATRIMONIO/NASCITA DI UN FIGLIO/ACCENSIONE MUTUO PRIMA CASA

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, secondo quanto previsto dalle

Condizioni Generali di Assicurazione, chiede l'aumento della percentuale relativa al minimo garantito in caso di morte nella misura del _____ % della somma complessiva dei premi, senza

la compilazione di un nuovo questionario sanitario, per il verificarsi della condizione sotto indicata: matrimonio nascita di un figlio accensione mutuo prima casa

Allega a tale scopo la documentazione comprovante la condizione di cui sopra.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Firma Contraente _____ Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. INSERIMENTO DELLA GARANZIA ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, chiede l'inserimento della garanzia Esonero dal Pagamento dei Premi in Caso di Invalidità, secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali e Speciali di Assicurazione ed allega a tale scopo il nuovo questionario per l'assicurato (Cod. Mod. QA).

Dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, come previsto dalle Condizioni Generali e Speciali di Assicurazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare anche mediante la richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, l'accettazione o meno del nuovo rischio.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Firma Contraente _____ Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

11. ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE PER I CASI DI PREMORIENZA E INCAPACITÀ AL GUADAGNO

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, così come previsto dalle Condizioni

Generali e Speciali di Assicurazione, chiede con decorrenza _____ l'annullamento delle seguenti garanzie:

copertura per il caso di morte esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità.

È altresì consapevole che l'annullamento di una o di entrambe le coperture di cui sopra, non comporta un rimborso premio da parte della Compagnia bensì un incremento della quota di premio destinata all'investimento.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Firma Contraente _____ Firma Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

12. RICHIESTA DI SOSPENSIONE DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN SEGUITO A TEMPORANEA IMPOSSIBILITÀ AL PAGAMENTO (PER MOTIVI DIVERSI DA DISOCCUPAZIONE/DIVORZIO/SPESE PER ACQUISTO O RISTRUTTURAZIONE CASA)

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, chiede la sospensione dal pagamento

dei premi con decorrenza _____ e secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e data _____ Firma Contraente _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

N.B. Tale variazione comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

RICHIESTA DI VARIAZIONE CON RIFLESSI SU PREMI E PRESTAZIONI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza in oggetto indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente e chiaramente compilato. **Il Contraente e l'Assicurato si dichiarano consapevoli che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

13. RICHIESTA DI RIATTIVAZIONE

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, richiede la riattivazione della polizza in oggetto con decorrenza _____ secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e data _____ Firma Contraente _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

N.B. La riattivazione avvenuta dopo che siano trascorsi 6 mesi dalla rata di premio rimasta insoluta comporta una variazione delle prestazioni assicurate così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

14. FIP - TRASFERIMENTO DA ALTRE FORME PREVIDENZIALI

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, chiede di poter trasferire nella polizza in oggetto la/e posizione/i accantonate fino ad ora nel fondo pensione/forma pensionistica individuale avuto con la Spett.le _____ polizza n. _____. Tali somme concorreranno alla determinazione della prestazione alla scadenza come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione. Si allega alla presente dichiarazione di accettazione trasferimento rilasciata dalla precedente Compagnia.

Luogo e data _____ Firma Contraente _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

15. INSERIMENTO DELLA 2ª PERSONA ASSICURATA - OPZIONE JOINT LIFE

Il sottoscritto, _____ contraente della polizza n. _____, chiede di poter inserire come seconda persona assicurata, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, il Sig./la Sig.ra _____, nata a _____, il _____, C.F. _____, residente a _____, in Via _____ e di professione _____.

Al fine di permettere alla Compagnia la valutazione del rischio, si allega il questionario per l'assicurato compilato (Cod. Mod. QA), consapevoli che la Stessa si riserva il diritto di accettare o rifiutare tale rischio dietro presa visione del questionario su menzionato e la richiesta di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____
Firma Contraente _____ Firma 2° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

Il Contraente e gli Assicurati dichiarano che contestualmente alla presente richiesta, è stata loro consegnata l'Informativa ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (pag. 4 del presente modello) e allegano alla presente la Formula di Consenso al Trattamento dei Dati Personali (pag. 4 del presente modello) sottoscritta, consapevoli che in mancanza della stessa non potranno essere apposte le modifiche richieste.

Firma Contraente _____ Firma 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma 2° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____

16. CAMBIO ASSICURATO (cambio del primo e/o del secondo Assicurato)

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, chiede di poter variare la persona assicurata

1° Assicurato da _____ a _____

2° Assicurato da _____ a _____

Al fine di permettere alla Compagnia la valutazione del rischio, si allega il questionario per l'assicurato compilato (Cod. Mod. QA), consapevoli che la Stessa si riserva il diritto di accettare o rifiutare tale rischio dietro presa visione del questionario su menzionato e la richiesta di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____ Firma per il 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____
Firma Contraente _____ Firma 2° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

Il Contraente e gli Assicurati dichiarano che contestualmente alla presente richiesta, è stata loro consegnata l'Informativa ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (pag. 4 del presente modello) e allegano alla presente la Formula di Consenso al Trattamento dei Dati Personali (pag. 4 del presente modello) sottoscritta, consapevoli che in mancanza della stessa non potranno essere apposte le modifiche richieste.

Firma Contraente _____ Firma 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante) _____ Firma 2° Assicurato (se presente - o il suo legale rappresentante) _____

Polizza N. _____

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la ASPECTA è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della ASPECTA stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

2. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Società di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

5. Comunicazione dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Società di servizi informatici, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni);
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la ASPECTA Assurance International S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo. Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Via F. Russoli 5, I 20143 Milano - Tel. +39 02 99292 100 - Fax +39 02 99292 120, indirizzo mail: italia@aspecta.it.

FORMULA DEL CONSENSO

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili qualora gli stessi siano richiesti dalla tipologia del contratto assicurativo in via di sottoscrizione, nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera a) dell'informativa ricevuta. Il mancato consenso comporta per la Compagnia l'impossibilità di emettere e gestire la polizza di assicurazione.

Firma 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante)

Firma 2° Assicurato
(se presente - o il suo legale rappresentante)

Firma Beneficiario
(o il suo legale rappresentante)

- acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera b) dell'informativa ricevuta.

Luogo e data SI NO _____
Firma del Contraente (in caso di cambio di contraente, firma del nuovo contraente)

SI NO _____ SI NO _____
Firma 1° Assicurato (o il suo legale rappresentante) Firma 2° Assicurato (se presente - o il suo legale rappresentante)

