

RICHIESTA DI VARIAZIONE SENZA 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.

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

1. VARIAZIONI/CORREZIONI DATI ANAGRAFICI DEL: Contraente Assicurato Entrambi

Polizza n. _____

Il sottoscritto _____ comunica:

1) il nuovo indirizzo di: residenza domicilio

c/o _____
(da compilarsi solo qualora si sia residenti o domiciliati presso una terza persona)

Via _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____ tel. _____

2) l'esatto codice fiscale/P. IVA è il seguente _____

3) l'esatta data di nascita è la seguente _____

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

2. RICHIESTA DUPLICATO DI POLIZZA

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, dichiara di aver smarrito il proprio originale di polizza, pertanto chiede il rilascio di un duplicato della stessa.

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

3. RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI BENEFICIO "SEMPLICE"

Non vincola il contraente il quale resta sempre libero di modificare il beneficio, attribuendolo ad altri anche con disposizione testamentaria.

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, dichiara di attribuire il beneficio come segue:

a) in caso di morte _____ C.F. _____

b) in caso di vita _____ C.F. _____

Deve intendersi così annullata qualsiasi precedente attribuzione beneficiaria.

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

4. RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI BENEFICIO "IRREVOCABILE ACCETTATO"

Quando per espressa volontà del contraente il beneficiario interviene accettando il beneficio, il contraente stesso non può più revocare o modificare, né incassare somme dovute dalla Compagnia se non previa rinuncia scritta al beneficio stesso da parte del beneficiario che lo ha accettato.

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, dichiara di attribuire il beneficio

a titolo di _____ (*), con espressa rinuncia alla revoca di tale beneficio ai sensi dell'art. 1921 del C.C., come segue:
(deve essere compilato obbligatoriamente)

a) in caso di morte _____ C.F. _____

b) in caso di vita _____ C.F. _____

Il sottoscritto beneficiario, con la firma del presente atto dichiara di voler profittare del beneficio.

Resta pertanto stabilito che nessun pagamento da parte della Compagnia potrà avvenire senza il consenso e l'intervento del beneficiario sopra indicato.

Luogo e data Firma Vincolatario (qualora esistente)

Firma Contraente Firma Beneficiario Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme)

(*) pura liberalità, oppure in garanzia di sovvenzione ricevuta, oppure in adempimento di obbligazione assunta con atto pubblico o privato in data...

5. RICHIESTA DI SOSPENSIONE DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN SEGUITO A DISOCCUPAZIONE/DIVORZIO/SPESE CASA

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

pagamento dei premi con decorrenza _____ secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per uno dei motivi sotto indicati:

a) disoccupazione _____ (*) b) divorzio _____ (*) c) spese per acquisto o ristrutturazione della casa _____ (*) d) nascita di un figlio _____ (*)

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

(*) Allegare documentazione comprovante



RICHIESTA DI VARIAZIONE SENZA 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.

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

6. CAMBIO DI CONTRAENZA (DICHIARAZIONE DI TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ - CESSIONE)

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, dichiara di trasferire la proprietà, con tutti i diritti e gli obblighi relativi, a favore di _____ domiciliato a _____
Via _____ C.F. _____ che a sua volta dichiara di accettare e di attribuire il beneficio come segue:
a) in caso di morte _____ C.F. _____
b) in caso di vita _____ C.F. _____

Da compilarsi qualora il nuovo contraente sia una PERSONA GIURIDICA

Dati del Legale Rappresentante del nuovo soggetto (nuovo contraente)

Cognome _____ Nome _____
Sesso M F Stato Civile _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Cittadinanza _____
(indicare anche provincia e nazione)
C.F./P. IVA _____ Indirizzo di residenza _____
(Via e n. civico)
CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Dati di un valido documento di riconoscimento (del contraente se Persona Fisica, o del Legale Rappresentante qualora il nuovo contraente fosse una Persona Giuridica)

Tipo documento _____ Numero del documento _____
Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____
Data rilascio _____ Data inizio validità _____ Data fine validità _____

Luogo e data _____ Il Cessionario (nuovo contraente) _____ Il Cedente (vecchio contraente) _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Il sottoscritto intermediario _____ (in stampatello) dichiara sotto la propria responsabilità di aver personalmente rilevato i dati sopra esposti e allega alla presente richiesta copia del documento di identità del contraente/legale rappresentante e/o Atto Costitutivo della nuova società contraente.

L'Intermediario _____

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) _____

7. DICHIARAZIONE SUPPLEMENTARE DEL CONTRAENTE (SE PERSONA FISICA) PER IL TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ DELLA POLIZZA, IN CASO DI SUA PREMORIENZA DURANTE IL PERIODO DI DURATA CONTRATTUALE

Il sottoscritto _____, contraente della proposta/polizza n. _____, dichiaro che in caso di mia premorienza e salvo mie contrarie disposizioni testamentarie, i diritti a me spettanti quale Contraente, dovranno ritenersi trasferiti

al Sig. _____ (*), data e luogo di nascita _____ con piena facoltà di disporre della polizza, quale nuovo Contraente, anche per quanto riguarda il beneficio.

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

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

(* non sono ammesse designazioni generiche come "gli eredi legittimi" e simili, dovendo il contraente essere una sola persona.

RICHIESTA DI VARIAZIONE SENZA 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.

Agenzia _____ Codice Agenzia _____

8. VARIAZIONE DELLE LINEE D'INVESTIMENTO PRESCELTE (SWITCH)

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, chiede la modifica dell'investimento così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, come segue:

Fondo di provenienza	Percentuale	Fondo di destinazione	Percentuale
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

9. COSTITUZIONE DI VINCOLO

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, dichiara di voler vincolare la stessa a favore della Spett.le (ragione sociale/indirizzo/CF-P.IVA) _____

Pertanto la Compagnia si impegna a non effettuare alcun pagamento né darà corso ad alcuna operazione con contenuto economico senza il consenso del vincolatario il quale ha diritto di prelazione sulle attività della polizza.

Luogo e data _____ Firma Contraente (Vincolante) _____ Firma Vincolatario _____
Firma Beneficiario (se in presenza di beneficio accettato) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____ La Compagnia _____

10. CANCELLAZIONE DI VINCOLO

La sottoscritta _____, Società vincolataria sulla polizza n. _____, venuti a cessare i motivi che hanno determinato la costituzione del vincolo, autorizza la cancellazione del vincolo.

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

11. FUTURO DOMANI - In caso di morte del Contraente prima del compimento del 25° anno di età dell'Assicurato

Il sottoscritto _____, assicurato della polizza n. _____, avendo raggiunto il 25° anno di età, subentra automaticamente quale nuovo contraente e chiede di poter: proseguire con il pagamento dei premi; esercitare il diritto di riscatto totale o parziale (*) secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Dati di un valido documento di riconoscimento del nuovo contraente, di cui si allega fotocopia:

Tipo documento _____ Numero del documento _____ Ente di rilascio _____

Luogo di rilascio _____ Data rilascio _____ Data inizio validità _____ Data fine validità _____

Il sottoscritto intermediario _____ (in stampatello) dichiara sotto la propria responsabilità di aver personalmente rilevato i dati sopra esposti e allega alla presente richiesta copia del documento di identità del contraente (legale rappresentante) e/o Atto Costitutivo della nuova società contraente.

(*) compilare la richiesta di liquidazione per riscatto - punto 1 del Modulo EROG _____ Firma Intermediario _____

12. FUTURO DOMANI - In caso di vita del Contraente al compimento del 25° anno di età dell'Assicurato - OPZIONI

Il sottoscritto _____, contraente della polizza n. _____, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, chiede di poter:

- proseguire con il pagamento dei premi senza alcuna modifica al contratto;
- esercitare il diritto di riscatto totale o parziale (1)
- trasferire la proprietà del contratto all'assicurato (2)

Luogo e data _____ Firma Vincolatario (qualora esistente) _____

Firma Contraente _____ Firma Assicurato o il suo legale rappresentante (in caso di opzione n. 3) _____ Firma Intermediario (per l'autenticità delle firme) _____

(1) compilare la richiesta di liquidazione per riscatto - punto 1 del Modulo EROG - (2) compilare la richiesta di cambio di contraente - punto 4) del presente modulo



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.

_____ SI NO _____
Luogo e data 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)

