



Proposta di assicurazione

Compilare in caratteri maiuscoli.

Se non diversamente specificato, i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa.

I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile.

I termini indicati con lettera maiuscola, ove non diversamente indicato nella presente Proposta, assumono il significato definito nel Glossario.

1. CONTRAENTE

1.1 CONTRAENTE PERSONA FISICA

CONTRAENTE 1

Documento di riconoscimento: Carta di identità Passaporto

Sig. Sig.ra.

Cognome di nascita: Nome:

Cognome da coniuge:

Codice fiscale: Data di nascita: / /

Luogo di nascita: Tel:

Indirizzo di residenza fiscale Via/Piazza:

N°: Cap:

Provincia: Località (Comune):

Paese: E-mail:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Stato civile:

Società Fiduciaria

Denominazione Sociale:

Partita IVA/Cod. Fiscale:

Data di costituzione: / /

Numero di registrazione al Registro Imprese N.°:

Indirizzo della sede legale

Indirizzo Via/Piazza: N°:

Cap: Provincia:

Località (Comune): E-mail:

CONTRAENTE 2 (I DUE CONTRAENTI DEVONO ESSERE UNITI IN MATRIMONIO SOTTO UN REGIME DI COMUNIONE)

Documento di riconoscimento: Carta di identità Passaporto Sig. Sig.ra.

Cognome di nascita: Nome:

Cognome da coniuge:

Codice fiscale: Data di nascita: / /

Luogo di nascita: Tel:

Indirizzo di residenza fiscale Via/Piazza:

N°: Cap:

Provincia: Località (Comune):

Paese: E-mail:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Stato civile:

ASSICURATO 1¹Documento di riconoscimento: Carta di identità Passaporto Sig. Sig.ra.

Cognome: Nome:

Codice fiscale: Data di nascita: / /

Luogo di nascita: Tel:

Indirizzo di residenza fiscale Via/Piazza:

N°: Cap:

Provincia: Località (Comune):

Paese: E-mail:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Stato civile:

ASSICURATO 2¹Documento di riconoscimento: Carta di identità Passaporto Sig. Sig.ra.

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data di nascita: / /

Luogo di nascita:

Tel:

Indirizzo di residenza fiscale Via/Piazza:

N°:

Cap:

Provincia:

Località (Comune):

Paese:

E-mail:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Stato civile:

1.2. CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA**CONTRAENTE**

Denominazione/Ragione Sociale:

Partita IVA/Cod. Fiscale:

Data di costituzione: / /

Numero di registrazione al Registro Imprese N.°:

Oggetto dell'Attività d'Impresa:

Paese dove ha sede legale la Persona giuridica:

Indicare se la Società è attualmente in attività: Sì No

Indirizzo e-mail:

Indirizzo della sede legale

Indirizzo Via/Piazza:

N°:

Cap:

Provincia:

Località (Comune):

Indirizzo della sede operativa (se diversa dalla sede legale)

Indirizzo Via/Piazza:

N°:

Cap:

Provincia:

Località (Comune):

Legale Rappresentante

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data di nascita: / /

Luogo di nascita:

Carica ricoperta:

Tel:

Indirizzo Via/Piazza:

N°:

Cap:

Provincia:

Località (Comune):

Paese:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Società Fiduciaria

Denominazione Sociale:

Partita IVA/Cod. Fiscale:

Data di costituzione: / /

Numero di registrazione al Registro Imprese N°:

Indirizzo della sede legale

Indirizzo Via/Piazza:

N°:

Cap:

Provincia:

Località (Comune):

Indirizzo e-mail:

ASSICURATODocumento di riconoscimento: Carta di identità Passaporto Sig. Sig.ra.

Cognome: Nome:

Codice fiscale: Data di nascita: / /

Luogo di nascita: Tel:

Indirizzo di residenza fiscale Via/Piazza:

N°: Cap:

Provincia: Località (Comune):

Paese: E-mail:

Nazionalità (indicare tutte le nazionalità):

Stato civile:

2. INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

Le comunicazioni in formato cartaceo riguardanti la Polizza dovranno essere trasmesse al Contraente persona fisica 1/Persona giuridica all'indirizzo di residenza fiscale/sede legale indicati nella presente Proposta di assicurazione.

Nel caso in cui vi siano più Contraenti, è comunque sufficiente che ciascuna comunicazione in formato cartaceo sia data a uno di loro, essendo inteso che ciascun Contraente conferisce mandato agli altri.

COMUNICAZIONI TRAMITE POSTA ELETTRONICA

Il Contraente dà il proprio consenso ad un'eventuale trasmissione delle comunicazioni riguardanti la Polizza in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica indicato nella Proposta di assicurazione. A tal fine il Contraente attesta di avere un accesso regolare al suddetto indirizzo di posta elettronica e si impegna a comunicare con congruo preavviso e per iscritto alla Compagnia ogni eventuale variazione di detto indirizzo. È fatto salvo il diritto del Contraente di revocare in ogni momento il presente consenso, anche mediante e-mail all'indirizzo di posta elettronica *sales.support.italie@cardifluxvie.lu*.

Tale modifica non comporterà alcun costo aggiuntivo a carico del Contraente e si intenderà sin d'ora fatta esclusivamente per le comunicazioni future a partire dalla data di revoca del consenso circa la trasmissione delle comunicazioni su formato diverso da quello cartaceo.

AREA RISERVATA E-CLUB

Il Contraente potrà consultare nell'area riservata "e-Club" le comunicazioni e le informazioni riguardanti la Polizza (a mero titolo esemplificativo, i dati del Fondo e degli eventuali titoli sottostanti, le performance, le garanzie sottoscritte e la cronologia dei movimenti). Il servizio area riservata e-Club è fornito in conformità ai termini e condizioni dettagliati nelle Condizioni generali di Polizza.

3. DURATA DEL CONTRATTO

- A vita intera
- A durata determinata: (indicare la durata del Contratto in anni - Minimo 5 - Massimo 30 anni)

In presenza di due Assicurati, il Contratto termina al verificarsi del primo decesso tra i due Assicurati.

4. BENEFICIARIO

4.1. BENEFICIARIO/I IN CASO DI VITA (ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI ASSICURAZIONE "A DURATA DETERMINATA")

Beneficiario in caso di vita è il Contraente. Alla scadenza del Contratto, la Prestazione assicurativa caso vita sarà versata al Contraente. In caso di due Contraenti, la Prestazione assicurativa caso vita sarà versata a ciascun Contraente in parti uguali.

4.2. BENEFICIARIO PER IL CASO DI DECESSO.

CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

Qualora il Contraente sia una Persona giuridica, il Beneficiario caso decesso sarà la Persona giuridica medesima.

CONTRAENTE SOCIETÀ FIDUCIARIA

In assenza di specifica designazione dei Beneficiari, la Prestazione assicurativa sarà versata alla medesima società fiduciaria.

CONTRAENTE PERSONA FISICA

Si prega di selezionare le opzioni desiderate ; in mancanza di scelta si applicherà l'opzione 2. A.

1. Clausola beneficiaria nominativa

Compilare la seguente tabella con i dati del/dei Beneficiario/i.

Beneficiario/i designato/i

1 -	Persona fisica	Nome		Cognome
	Sig. <input type="checkbox"/>			
	Sig.ra <input type="checkbox"/>			
	Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	Località: Provincia: Paese:
	Indirizzo di residenza	N°: Via/piazza: CAP:		Località: Paese:
	Legame di parentela			Codice fiscale/Partita IVA: Indirizzo E-mail:
2 -	Persona fisica	Nome		Cognome
	Sig. <input type="checkbox"/>			
	Sig.ra <input type="checkbox"/>			
	Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	Località: Provincia: Paese:
	Indirizzo di residenza	N°: Via/piazza: CAP:		Località: Paese:
	Legame di parentela			Codice fiscale/Partita IVA: Indirizzo E-mail:
3 -	Persona fisica	Nome		Cognome
	Sig. <input type="checkbox"/>			
	Sig.ra <input type="checkbox"/>			
	Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	Località: Provincia: Paese:
	Indirizzo di residenza	N°: Via/piazza: CAP:		Località: Paese:
	Legame di parentela			Codice fiscale/Partita IVA: Indirizzo E-mail:
3 -	Persona fisica	Nome		Cognome
	Sig. <input type="checkbox"/>			
	Sig.ra <input type="checkbox"/>			
	Data di nascita	<input type="text"/>	Luogo di nascita	Località: Provincia: Paese:
	Indirizzo di residenza	N°: Via/piazza: CAP:		Località: Paese:
	Legame di parentela			Codice fiscale/Partita IVA: Indirizzo E-mail:

A - in parti uguali (applicabile in caso di mancanza di scelta)

Oppure

B - in parti differenti : 1 :% + 2 :% + 3 :% + 4 :% = 100%

E

1 - con subentro degli eredi dei Beneficiari

In caso di premorienza o rinuncia di uno dei Beneficiari, la quota di sua spettanza sarà devoluta ai suoi Eredi, o, in mancanza, al Contraente o ai suoi Eredi.

Oppure

2 - con accrescimento della quota dei Beneficiari rimanenti (applicabile in caso di mancanza di scelta)

In caso di premorienza o rinuncia di uno dei Beneficiari, la quota di sua spettanza sarà devoluta agli altri Beneficiari, secondo la ripartizione sopra indicata.

AVVERTENZE

In caso di mancata indicazione dei Beneficiari in forma nominativa, la Compagnia potrà incontrare al decesso dell'Assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

La modifica e la revoca del Beneficiario devono essere comunicate alla Compagnia in conformità con quanto previsto nelle Condizioni generali.

Il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'Evento assicurato.

2. EREDI LEGITTIMI O TESTAMENTARI

Designo come Beneficiario/i della Prestazione gli Eredi del Contraente o la società fiduciaria o il Contraente medesimo (in caso di sottoscrizione da parte di un Contraente che non coincide con l'Assicurato).

A - in parti uguali tra loro (applicabile in caso di mancanza di scelta)

B - secondo le quote previste dalla normativa successoria

3. CLAUSOLA BENEFICIARIA DEPOSITATA PRESSO UN NOTAIO

(INDICARE DI SEGUITO NOME, COGNOME DEL NOTAIO ED INDIRIZZO DELLO STUDIO NOTARILE)

1. Designo come Beneficiario/i della Prestazione derivante dal Contratto la/le persona/e indicata/e nella clausola beneficiaria depositata presso il Notaio:

.....

2. In assenza di Beneficiari individuabili tramite la clausola depositata presso il Notaio, gli Eredi del Contraente.

4. CLAUSOLA BENEFICIARIA IN CARTA LIBERA

- designo come Beneficiario/i della Prestazione del Contratto la/le persona/e indicata/e nella clausola beneficiaria formalizzata in carta libera ed allegata alla presente Domanda di sottoscrizione;
- in assenza di Beneficiari individuabili tramite la clausola beneficiaria in carta libera, gli Eredi del Contraente.

Il Contraente per esigenze di riservatezza nomina come referente terzo il soggetto di seguito indicato, al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

	NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
	INDIRIZZO DI RESIDENZA			
	CODICE FISCALE/PARTITA IVA			
	INDIRIZZO E-MAIL			

5. PRESTAZIONI IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO**5.1. PRESTAZIONE BASE**

Ove l'Assicurato deceda prima di aver compiuto 90 (novanta) anni, la Compagnia verserà al Beneficiario un capitale pari al più elevato tra i due importi seguenti:

- il 100% del Valore raggiunto dal Contratto, con una maggiorazione del 5%, la quale ultima non potrà comunque eccedere 75.000 EUR; e
- il 70% della somma dei premi versati, al netto dei riscatti effettuati, comunque entro il limite di 1.000.000 EUR in eccesso al Valore raggiunto dal Contratto.

Ove l'Assicurato deceda al compimento dei, o dopo aver compiuto, 90 (novanta) anni, la Compagnia verserà al Beneficiario un capitale pari al più elevato fra i due importi seguenti:

- il 100% del Valore raggiunto dal Contratto con una maggiorazione del 1%, la quale ultima non potrà comunque eccedere i 75.000 EUR; e
- il 70% della somma dei premi versati, al netto dei riscatti effettuati, comunque entro il limite di 100.000 EUR in eccesso al Valore raggiunto dal Contratto.

5.2. PRESTAZIONE BASE PLUS

- Corrisponde alla Prestazione Base con la sola differenza che la Percentuale di cui al precedente punto 5.1. lettera b) è incrementata sino a (massimo 130%) dei premi versati, comunque entro il limite di 1.000.000 EUR in eccesso al Valore raggiunto dal Contratto.

5.3. PRESTAZIONE OPZIONALE

- Garanzia ad importo fisso EUR¹

IN PRESENZA DI DUE ASSICURATI

L'Evento assicurato coincide con il decesso del primo Assicurato e la Prestazione assicurativa che la Compagnia si impegna a versare al Beneficiario, sarà determinata in conformità a quanto precede tenendo in considerazione l'età dell'Assicurato più anziano al verificarsi del precipitato Evento assicurato.

FORMALITÀ MEDICHE

In caso di conclusione del Contratto prima che l'Assicurato abbia compiuto 80 (ottanta) anni, o in presenza di due Assicurati, prima che l'Assicurato più anziano abbia compiuto 80 (ottanta) anni, si prega di leggere attentamente e sottoscrivere le dichiarazioni contenute nei riquadri che seguono:

¹ Nei limiti della soglia massima determinata dalla Compagnia avuto riguardo all'età dell'Assicurato alla Data di Decorrenza del Contratto. L'importo é calcolato al netto degli eventuali riscatti esercitati, e comunque entro un limite massimo predeterminato.

CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI DATI SANITARI

Assicurato 1 Assicurato 2

Il sottoscritto acconsente espressamente che Cardif Lux Vie e i suoi eventuali riassicuratori, raccolgano e trattino i, in conformità alla normativa applicabile, dati sanitari che lo riguardano, in quanto indispensabili per la conclusione del Contratto e l'esecuzione delle relative prestazioni.

Il sottoscritto è consapevole di poter revocare il suo consenso in ogni momento. Tuttavia, la revoca del consenso potrebbe impedire l'esecuzione delle prestazioni previste dal Contratto. Il sottoscritto è altresì consapevole che la revoca del consenso non implica né la risoluzione del Contratto, né la cancellazione dei dati raccolti.

DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE E CONSENSO ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE SULLA PROPRIA VITA

Consapevole del fatto che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese possono compromettere (in tutto o in parte) il diritto dell'Assicurato alla Prestazione assicurativa, il sottoscritto dichiara di:

- non essere titolare di pensione di invalidità e/o inabilità;
- non aver subito, durante gli ultimi 5 anni, ricoveri o interventi chirurgici e/o di non essere attualmente in attesa di ricovero (con esclusione dei ricoveri o interventi dei seguenti tipi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nei di natura benigna);
- non soffrire e/o aver sofferto di una delle seguenti patologie, diagnosticate da un medico abilitato: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV;
- non avere in corso alcuna terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa superiore ai 21 giorni (con esclusione di terapie a base di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione).

Il sottoscritto presta il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile. Nel caso in cui l'Assicurato non possa rilasciare la presente dichiarazione di buona salute, la Compagnia potrà richiedere la trasmissione di documentazione sanitaria e/o ulteriori approfondimenti medici al fine di poter procedere con la conclusione del Contratto.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto, possono compromettere il diritto alla Prestazione. Prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate. L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

FIRMA/E

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Assicurato 1

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Assicurato 2

In caso di sottoscrizione della presente Proposta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 80 (ottanta) anni (incluso il giorno del suo ottantesimo compleanno), o in presenza di due Assicurati, dopo che l'Assicurato più anziano abbia compiuto 80 (ottanta) anni (incluso il giorno del suo ottantesimo compleanno), la Compagnia dovrà ricevere il modulo "Dichiarazione di Buona Salute" (disponibile in allegato) debitamente compilato e sottoscritto. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della "Dichiarazione di Buona Salute" rilasciata.

In caso di conclusione della presente Proposta dopo che il Contraente abbia compiuto 80 (ottanta) anni (incluso il giorno del suo ottantesimo compleanno), o in presenza di due Contraenti, che il Contraente più anziano abbia compiuto 80 (ottanta) anni (incluso il giorno del suo ottantesimo compleanno), la Compagnia dovrà ricevere il modulo "Dichiarazioni del Contraente" (disponibile in allegato) debitamente compilato e sottoscritto. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della "Dichiarazioni del Contraente" rilasciate.

6. PREMIO E COSTI

Ammontare del Premio Unico¹: EUR (Min. 100.000 EUR - 250.000 EUR per il Fondo Dedicato)

Periodicità del pagamento: Premio Unico

Modalità di pagamento: bonifico bancario:il pagamento verrà effettuato tramite bonifico bancario presso il codice IBAN fornito da Cardif Lux Vie dopo aver accettato la proposta e ricevuto la documentazione necessaria. avrà ricevuto la documentazione necessaria

Le spese d'ingresso non possono essere superiori al 2% del Premio unico versato e le spese di gestione amministrative del Contratto all'1,20% (prelievo trimestrale) per il Fondo Dedicato e all'1,20% per i Fondi Esterni e Fondi Interni Collettivi.

Per il presente Contratto saranno pari a:

- Spese d'ingresso:%;
- Spese di gestione per i Fondi Esterni / Interni Collettivi:% (massimo 1,20%) all'anno a titolo di gestione amministrativa del Contratto;
- Spese di gestione per il Fondo Dedicato:% (massimo 1,20%) all'anno a titolo di gestione amministrativa del Contratto. In caso d'investimento in un Fondo Dedicato, le spese aggiuntive legate alla Gestione finanziaria del Fondo Dedicato e le spese di Banca depositaria sono specificate nella Scheda d'investimento di ciascun Fondo Dedicato;
- Spese per riscatto: nell'ipotesi di riscatto totale o parziale del Contratto, non si applica alcuna commissione di uscita. Alcuni supporti d'investimento possono nondimeno prevedere delle spese per riscatto che non possono oltrepassare il 5% dell'importo riscattato su tale supporto.

1- Se vi è apporto di titoli, allegare un estratto riepilogativo alla presente.

7. SUPPORTI DI INVESTIMENTO

Ripartizione investimento nei Supporti (Fondi Esterni - Interni Collettivi - Fondo Generale) EUR/%
(min. 100.000 EUR)

CODICE ISIN/INTERNO	NOME DEL FONDO	% NEL FONDO

Fondo Interno Dedicato (vedere Allegato 5) EUR/% (min. 250.000 EUR)

Per una descrizione delle caratteristiche dei supporti di investimento collegabili al Contratto si prega di far riferimento agli Allegati contenuti nel Fascicolo 2 di 2 (versione n. 02INV06 - VIT-01 - 31/10/2022).

8. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

SEGRETO PROFESSIONALE

Sono consapevole che Cardif Lux Vie è tenuta al rispetto del segreto professionale secondo le norme vigenti in Lussemburgo e, di conseguenza, non è autorizzata a comunicare a terzi le informazioni riguardanti il sottoscritto/a senza il mio esplicito consenso.

SPEDIZIONE DELLE CONDIZIONI PARTICOLARI

Ho appreso che le Condizioni particolari relative al mio Contratto mi verranno spedite, in caso di accettazione da parte della Compagnia della presente Proposta di assicurazione, all'indirizzo da me fornito nel più breve tempo possibile oppure attraverso comunicazione a mezzo di posta elettronica su supporto durevole non cartaceo ovvero attraverso sito internet, in conformità alla scelta da me effettuata e debitamente comunicata alla Compagnia. Nel caso non dovessi riceverle entro un mese dalla firma della presente Proposta di assicurazione, mi impegno a segnalare il ritardo a Cardif Lux Vie mediante lettera raccomandata a/r ovvero tramite comunicazione a mezzo di posta elettronica certificata (PEC).

DICHIARAZIONI ED ACCETTAZIONE DEL CONTRATTO

Nell'ambito della sottoscrizione della Proposta di assicurazione il Contraente dichiara alla Compagnia quanto segue :

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione il Set Informativo (versione 02INV06 - VIT-01 - 31/10/2022), costituito da:
 - a) il documento informativo per i prodotti di investimento, in conformità a quanto stabilito dal Regolamento (UE) n. 1286/2014 del 26 novembre 2014 e relative norme di attuazione (KID);
 - b) il documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP);
 - c) Nota Informativa sui supporti d'investimento del Contratto Cardif Private Insurance Italia ai sensi del Regolamento (UE) 2019/2088 relativo all'informativa sulla sostenibilità nel settore dei servizi finanziari;
 - d) le Condizioni generali di Polizza, comprensive del Glossario e complete degli Allegati (contenente l'elenco dei Fondi Esterni disponibili, le caratteristiche del Fondo Generale, le caratteristiche del Fondo Interno Dedicato, i limiti di investimento nei Fondi Interni Dedicati, la tariffa, il formulario di valutazione, la scheda d'investimento e la Nota informativa sugli attivi a liquidità ridotta);
 - e) la Proposta di assicurazione.
- di aver letto attentamente ed accettato il contenuto del Set Informativo;
- di essere stato informato che i suddetti documenti e informazioni vengono aggiornati regolarmente, sono a disposizione del Contraente presso la sede legale della Compagnia e sono accessibili gratuitamente, su semplice richiesta alla Compagnia o anche attraverso l'area riservata e-Club disponibile sul sito internet www.cardifluxvie.com o presso il proprio intermediario assicurativo;

- di aver ricevuto e preso conoscenza dell' "INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" in conformità con il Regolamento (UE) generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679;
- di essere stato informato del diritto di revoca della presente Proposta di assicurazione o di recesso dal Contratto entro trenta giorni dalla conclusione dello stesso;
- **che tutte le dichiarazioni rilasciate , incluse quelle relative alla regolarità fiscale dei fondi investiti nella Polizza, sono vere, accurate e complete in base alle informazioni in possesso e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza rilevante ai fini della stipula della Polizza;**
- di essere consapevole che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, possono compromettere il diritto alla Prestazione assicurativa e, in particolare, essere causa di annullamento della Polizza o di recesso da parte della Compagnia;
- di essere residente fiscale in Italia e di impegnarmi a comunicare per iscritto alla Compagnia ogni cambio di residenza o trasferimento di sede legale entro i quindici giorni successivi all'intervenuto cambio o trasferimento;
- di conformarmi alle leggi e ai regolamenti del mio Paese di residenza;
- di impegnarmi a produrre tutta la documentazione ragionevolmente richiesta dalla Compagnia;
- di essere responsabile della scelta del Profilo di Investimento di ciascun Fondo Interno Dedicato, nonché della combinazione libera di Fondi Interni Collettivi e/o Fondi Esterni, di accettarne i rischi associati, e che tale scelta è stata oggetto di valutazione di adeguatezza/appropriatezza da parte dell'intermediario assicurativo;
- essere consapevole che la Polizza non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo, tranne nel caso di investimenti nel Fondo Generale;
- essere consapevole che la Compagnia non è responsabile né della performance degli investimenti negli attivi sottostanti dei fondi collegati al Contratto né delle perdite che possono derivarne;
- di aver preso atto che la Compagnia è l'esclusiva titolare dei fondi collegati alla Polizza e che in nessuna occasione il Contraente può dare istruzioni al Gestore con riferimento agli attivi sottostanti la Polizza.
- di essere stato informato che dei dati personali potranno essere trasmessi, stoccati e trattati da prestatori di servizi di cloud computing. Dichiaro altresì di essere stato informato che questi dati personali a carattere personale possono essere trasmessi, stoccati e trattati da prestatori di servizi di cloud computing, aventi sede o stabiliti in Paesi diversi dal Lussemburgo, i quali operano conformemente alla legislazione dello Stato ove hanno sede e/o sono stabiliti. Conseguentemente le autorità di questi Paesi potranno richiedere accesso ai dati personali stoccati, da tali prestatori di servizi di cloud computing, nell'ambito delle disposizioni legali e regolamentari di questi Paesi, che sono loro applicabili. Attraverso la sottoscrizione della Proposta Contrattuale - su supporto cartaceo o su supporto durevole non cartaceo, a seconda della scelta effettuata - dichiaro, di essere stato informato a tal proposito, di manifestare il mio consenso a tale trattamento, non avendo nulla da eccepire e in piena consapevolezza di quanto sopra, e conferisco mandato alla Compagnia Cardif Lux Vie per la trasmissione, ai prestatori di servizi di cloud computing interessati, di tutti i dati a carattere personale che lo/gli riguardano necessari all'esecuzione della richiesta di operazione formulata.
- di essere stato informato, in caso promozione o collocamento a distanza, che le eventuali informazioni per l'accesso a tali servizi sono fornite dalla Compagnia dietro semplice richiesta, che al fine di consentire tale accesso è necessario che gli abbonamenti ai service provider e le connessioni siano adeguati, che i software, i programmi e le applicazioni messe a disposizione dalla Compagnia, conformemente alle indicazioni della Compagnia, non potranno essere messe a disposizione di terzi né copiati né modificati o alterati. Così gli identificativi quali password, codici PIN, numeri e codici a titolo esemplificativo ma non esaustivo, non potranno essere ceduti e dovranno considerarsi aventi carattere personale e intrasmissibile. Di impegnarmi altresì a garantirne sicurezza e confidenzialità, e dare pronta segnalazione alla Compagnia, In caso di perdita o furto di tali identificativi, al fine di consentirne il blocco immediato e la sostituzione. Un eventuale ritardo in tale segnalazione sarà da considerarsi imputabile a me esclusivamente.
- di avere ricevuto, nel caso di promozione e/o collocamento a distanza del contratto di assicurazione, l'informativa pre-contrattuale preparata dalla Compagnia e identificata come "Appendice informativa precontrattuale per la promozione e il collocamento a distanza di contratti di assicurazione" (o in breve "Appendice informativa").

Con la sottoscrizione della presente Proposta di assicurazione chiedo alla Compagnia di stipulare il Contratto in base alle informazioni, dichiarazioni e opzioni di cui sopra.

FIRMA/E

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Contraente 1

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Contraente 2

ACCETTAZIONE ESPRESSA DELLE SEGUENTI CLAUSOLE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342, comma 2, del Codice Civile, dichiaro di aver esaminato e di accettare espressamente gli articoli.

2. esercizio congiunto dei diritti in caso di più Contraenti
4. efficacia del Contratto e della copertura - diritto di recesso
8. esclusione della responsabilità della Compagnia per le attività poste in essere dal Gestore
10. sospensione del calcolo del valore della quota
- 12.3. attivi a ridotta liquidità
- 13.1. modifica dei costi
15. premio di rischio
20. liquidazione delle prestazioni
25. modifiche del Contratto
27. legge applicabile-foro competente

delle Condizioni generali, che confermo di aver ricevuto unitamente alla presente Proposta di assicurazione.

FIRMA/E

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Contraente 1

Redatto a:

Il: / /

Cognome:

Nome:

Contraente 2

9. DATI PERSONALI

Nell'ambito del rapporto assicurativo, Cardif Lux Vie, in qualità di titolare del trattamento, è chiamata a raccogliere dei dati personali del Contraente che sono protetti dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali n. 2016/679.

Il trattamento dei dati personali viene operato in conformità all'Informativa relativa alla "protezione dei dati" (Allegato 7 del presente Contratto) che contiene tutte le informazioni che Cardif Lux Vie deve fornire al Contraente in merito al trattamento dei suoi dati personali.

Tali dati personali potranno essere trasmessi, stoccati e trattati da prestatori di servizi di cloud computing. questi dati personali a carattere personale possono essere trasmessi, stoccati e trattati da prestatori di servizi di cloud computing, aventi sede o stabiliti in Paesi diversi dal Lussemburgo, i quali operano conformemente alla legislazione dello Stato ove hanno sede e/o sono stabiliti. Conseguentemente le autorità di questi Paesi potranno richiedere accesso ai dati personali stoccati, da tali prestatori di servizi di cloud computing, nell'ambito delle disposizioni legali e regolamentari di questi Paesi, che sono loro applicabili. Il Contraente conferma di essere stato informato a tal proposito e di aver manifestato e qui reiterare il proprio consenso a tale trattamento, nonché di conferire mandato alla Compagnia per la trasmissione.