Zurich Investments Life S.p.A.
Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Capitale sociale € 207.925.480 i.v.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia,
iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2 - C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

ZURICH®

Proposta di Assicurazione in forma collettiva n._____

Mandato _____ Codice Intermediario/Nome Cognome _____ Punto Vendita_____

A Contraente - Dati anagrafici

Ragione Sociale Cassa Mutua Toscana BCC

C.F. 9 4 0 4 5 6 2 0 4 8 4 Data di costituzione 19/04/1986

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☑ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☑ NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico Via del Colle 95

C.A.P. 50041 Località Calenzano Provincia FI Stato ITALIA

INDIRIZZO E-MAIL amministrazione@mutuabcc.it

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da sede? ☐ SI ☑ NO

Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? ☑ SI ☐ NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: ☐ VISURA CAMERALE ☐ ALTRO, specificare _____

A1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici
(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome Belardinelli Nome Marco Sesso M ☑ F ☐

C.F. B L R M R C 6 9 M 0 2 C 3 0 9 O Data di nascita 02 / 08 / 1969

Comune di nascita Castiglion del Lago Provincia di nascita PG Stato di nascita ITALIA

Indirizzo di residenza: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di residenza 06060 Località di residenza PACIANO Provincia di residenza PG Stato di residenza ITALI

Indirizzo di domicilio: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di domicilio 06060 Località di domicilio Vocabolo Collazzone 17 Provincia di domicilio PG Stato di domicilio ITALI

A2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione carta d'identità Numero documento AV3959054

Ente di rilascio Comune di Paciano Località di rilascio Paciano

Data di rilascio 22/06/2017 Data di scadenza 02/08/2027

B Azienda associata - Dati anagrafici

Ragione Sociale_____

C.F. _____ Data di costituzione _____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato_____

INDIRIZZO E-MAIL _____

C Designazione Beneficiari

Beneficiario in caso di morte

Beneficiario Standard _____

Beneficiario in caso di vita

Beneficiario Standard _____

Facoltà di designazione

Il Contraente vuole concedere la facoltà di designazione specifica del Beneficiario in capo ad ogni singolo Assicurato? ☐ SI ☐ NO

ELENCO BENEFICIARI STANDARD

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO
0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE
0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI
0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0814 IL CONTRAENTE
0815 LA DITTA/SOCIETA' CONTRAENTE

D Caratteristiche del contratto

☐ **Zurich Manager Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.865 ed._____

☐ **Zurich Staff Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.829 ed._____

☐ **Zurich Board Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.1011 ed._____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

Data proposta _____ **Durata** _____

E Quota pagamento premio

Quota a carico del Contraente 100 **%** Euro _____ **Quota a carico dell'Assicurato** _____**%** Euro _____

F Modalità di pagamento del premio

☑ **BONIFICO BANCARIO** a favore del conto corrente intestato all'Intermediario o a Zurich Investments Life S.p.A.

Banca Banca del Valdarno c.c. Agenzia Sede

Coordinate bancarie del conto corrente intestato al contraente

IBAN

I	T	0	5	I	0	8	8	1	1	7	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	0	0

☐ **ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE** non trasferibile a favore dell'Intermediario o di Zurich Investments Life S.p.A.

Tipo Assegno	Numero	Banca Emittente/Trassata	Piazza
☐ Banc. ☐ Circ.			
☐ Banc. ☐ Circ.			

Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario, o bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.
- nel caso di reimpiego proveniente dalla liquidazione della/e polizza/polizze n. _____(ove è previsto)

ATTENZIONE: VIETATO PER L'INTERMEDIARIO INCASSARE SU PROPOSTA

G Revoca della proposta e recesso del contratto

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. La Società rimborsa quindi al Contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo dovuto, così come determinato nelle condizioni contrattuali.

H Dichiarazioni del Contraente

Il sottoscritto Contraente:

1. **Prende atto** che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta.
   In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.
   L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
   Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Assicurato, del premio dovuto e del capitale assicurato.
2. **Dichiara che**, prima della sottoscrizione del modulo di proposta, ha ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il set informativo composto dai seguenti documenti nelle rispettive edizioni in vigore alla data di sottoscrizione del modulo di proposta:
   I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
   II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
   III. le condizioni di assicurazione (comprensive del Glossario dei termini)
   IV. il Modulo di proposta
3. **Si impegna** a consegnare le **Condizioni Contrattuali** ai singoli assicurati all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione.
4. **Dichiara** di aver preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento e sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti.

Luogo e Data 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

5. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Manager Protection"*** **- Dichiara** che tutti gli Assicurati sono dipendenti inquadrati a livello dirigenziale e che i capitali assicurati sono conformi a quanto previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile del Contraente → _____

6. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Group LTC"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 134 specificatamente l'art. "Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Società" delle Condizioni Contrattua

Luogo e Data 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

7. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Dread Disease"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Accertamento e riconoscimento della Malattia Grave" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile del Contraente → _____

8. SOLO PER PRODOTTI ***"Zurich Manager Protection"***, ***"Zurich Staff Protection"*** **e** ***"Zurich Board Protection"*****- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile del Contraente → _____

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

Luogo e Data _____ Firma leggibile dell'Intermediario → _____ Firma leggibile del Contraente → _____ MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

I Consenso al trattamento dei dati

Il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i con informativa al Beneficiario/ Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente → _____ MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. ☐ SI ☐ NO

(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. ☐ SI ☐ NO

(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta el etono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. ☐ SI ☐ NO

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente → _____ MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

Zurich Investments Life S.p.A.
Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Capitale sociale € 207.925.480 i.v.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia,
iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2 - C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

ZURICH®

Proposta di Assicurazione in forma collettiva n._____

Mandato _____ Codice Intermediario/Nome Cognome _____ Punto Vendita_____

A Contraente - Dati anagrafici

Ragione Sociale Cassa Mutua Toscana BCC

C.F. 9 4 0 4 5 6 2 0 4 8 4 Data di costituzione 19/04/1986

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☑ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☑ NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico Via del Colle 95

C.A.P. 50041 Località Calenzano Provincia FI Stato ITALIA

INDIRIZZO E-MAIL amministrazione@mutuabcc.it

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da sede? ☐ SI ☑ NO

Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? ☑ SI ☐ NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: ☐ VISURA CAMERALE ☐ ALTRO, specificare _____

A1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici
(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome Belardinelli Nome Marco Sesso M ☑ F ☐

C.F. B L R M R C 6 9 M 0 2 C 3 0 9 O Data di nascita 02 / 08 / 1969

Comune di nascita Castiglion del Lago Provincia di nascita PG Stato di nascita ITALIA

Indirizzo di residenza: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di residenza 06060 Località di residenza PACIANO Provincia di residenza PG Stato di residenza ITALI

Indirizzo di domicilio: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di domicilio 06060 Località di domicilio Vocabolo Collazzone 17 Provincia di domicilio PG Stato di domicilio ITALI

A2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione carta d'identità Numero documento AV3959054

Ente di rilascio Comune di Paciano Località di rilascio Paciano

Data di rilascio 22/06/2017 Data di scadenza 02/08/2027

B Azienda associata - Dati anagrafici

Ragione Sociale_____

C.F. _____ Data di costituzione _____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato_____

INDIRIZZO E-MAIL _____

C Designazione Beneficiari

Beneficiario in caso di morte

Beneficiario Standard _____

Beneficiario in caso di vita

Beneficiario Standard _____

Facoltà di designazione

Il Contraente vuole concedere la facoltà di designazione specifica del Beneficiario in capo ad ogni singolo Assicurato? ☐ SI ☐ NO

ELENCO BENEFICIARI STANDARD

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO
0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE
0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI
0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0814 IL CONTRAENTE
0815 LA DITTA/SOCIETA' CONTRAENTE

D Caratteristiche del contratto

☐ **Zurich Manager Protection (premio annuo)**	☐ **Zurich Staff Protection (premio annuo)**	☐ **Zurich Board Protection (premio annuo)**
Tariffa_____	Tariffa_____	Tariffa_____
Mod. 8.865 ed._____	**Mod. 8.829 ed.**_____	**Mod. 8.1011 ed.**_____
☐ _____	☐ _____	☐ _____
Tariffa_____	Tariffa_____	Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____	**Mod.** _____**ed.**_____	**Mod.** _____**ed.**_____

Data proposta _____ **Durata** _____

E Quota pagamento premio

Quota a carico del Contraente 100 **%** Euro _____ **Quota a carico dell'Assicurato** _____**%** Euro _____

F Modalità di pagamento del premio

☑ **BONIFICO BANCARIO** a favore del conto corrente intestato all'Intermediario o a Zurich Investments Life S.p.A.

Banca Banca del Valdarno c.c. Agenzia Sede

Coordinate bancarie del conto corrente intestato al contraente

IBAN

I	T	0	5	I	0	8	8	1	1	7	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	0	0

☐ **ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE** non trasferibile a favore dell'Intermediario o di Zurich Investments Life S.p.A.

Tipo Assegno	Numero	Banca Emittente/Trassata	Piazza
☐ Banc. ☐ Circ.			
☐ Banc. ☐ Circ.			

Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario, o bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.
- nel caso di reimpiego proveniente dalla liquidazione della/e polizza/polizze n. _____(ove è previsto)

ATTENZIONE: VIETATO PER L'INTERMEDIARIO INCASSARE SU PROPOSTA

G Revoca della proposta e recesso del contratto

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. La Società rimborsa quindi al Contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo dovuto, così come determinato nelle condizioni contrattuali.

H Dichiarazioni del Contraente

Il sottoscritto Contraente:

1. **Prende atto** che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta.
   In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.
   L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
   Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Assicurato, del premio dovuto e del capitale assicurato.
2. **Dichiara che**, prima della sottoscrizione del modulo di proposta, ha ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il set informativo composto dai seguenti documenti nelle rispettive edizioni in vigore alla data di sottoscrizione del modulo di proposta:
   I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
   II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
   III. le condizioni di assicurazione (comprensive del Glossario dei termini)
   IV. il Modulo di proposta
3. **Si impegna** a consegnare le **Condizioni Contrattuali** ai singoli assicurati all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione.
4. **Dichiara** di aver preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento e sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti.

Luogo e Date 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

5. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Manager Protection"*** **- Dichiara** che tutti gli Assicurati sono dipendenti inquadrati a livello dirigenziale e che i capitali assicurati sono conformi a quanto previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali.

Luogo e Date Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

6. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Group LTC"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cc [illegible] l'art. "Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Società" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Date 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

7. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Dread Disease"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Accertamento e riconoscimento della Malattia Grave" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Date Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

8. SOLO PER PRODOTTI ***"Zurich Manager Protection"***, ***"Zurich Staff Protection"*** **e** ***"Zurich Board Protection"*****- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Date Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

Luogo e Date Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

I Consenso al trattamento dei dati

Il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i cont[illegible] informativa al Beneficiario/ Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. ☐ SI ☐ NO

(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. ☐ SI ☐ NO

(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta el[illegible] fono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. ☐ SI ☐ NO

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente → MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

Zurich Investments Life S.p.A.
Società a socio unico soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia - Sede e Direzione: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Capitale sociale € 207.925.480 i.v.
Iscritta all'Albo Imprese IVASS il 3.1.08 al n. 1.00027 - Società appartenente al Gruppo Zurich Italia,
iscritto all'Albo Gruppi IVASS il 28.5.08 al n. 2 - C.F./R.I. Milano 02655990584, P.IVA 08921640150
Imp. aut. con D.M. del 7.11.1953 (G.U. 3.2.1954 n. 27)
Indirizzo PEC: zurich.investments.life@pec.zurich.it - www.zurich.it

ZURICH®

Proposta di Assicurazione in forma collettiva n._____

Mandato _____ Codice Intermediario/Nome Cognome _____ Punto Vendita_____

A Contraente - Dati anagrafici

Ragione Sociale Cassa Mutua Toscana BCC

C.F. 9 4 0 4 5 6 2 0 4 8 4 Data di costituzione 19/04/1986

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☑ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☑ NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF_____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico Via del Colle 95

C.A.P. 50041 Località Calenzano Provincia FI Stato ITALIA

INDIRIZZO E-MAIL amministrazione@mutuabcc.it

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da sede? ☐ SI ☑ NO

Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? ☑ SI ☐ NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: ☐ VISURA CAMERALE ☐ ALTRO, specificare _____

A1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici
(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome Belardinelli Nome Marco Sesso M ☑ F ☐

C.F. B L R M R C 6 9 M 0 2 C 3 0 9 O Data di nascita 02 / 08 / 1969

Comune di nascita Castiglion del Lago Provincia di nascita PG Stato di nascita ITALIA

Indirizzo di residenza: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di residenza 06060 Località di residenza PACIANO Provincia di residenza PG Stato di residenza ITALI

Indirizzo di domicilio: via, numero civico Vocabolo Collazzone 17

C.A.P. di domicilio 06060 Località di domicilio Vocabolo Collazzone 17 Provincia di domicilio PG Stato di domicilio ITALI

A2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione carta d'identità Numero documento AV3959054

Ente di rilascio Comune di Paciano Località di rilascio Paciano

Data di rilascio 22/06/2017 Data di scadenza 02/08/2027

B Azienda associata - Dati anagrafici

Ragione Sociale_____

C.F. _____ Data di costituzione _____

Indirizzo Sede Legale: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato_____

INDIRIZZO E-MAIL _____

C Designazione Beneficiari

Beneficiario in caso di morte

Beneficiario Standard _____

Beneficiario in caso di vita

Beneficiario Standard _____

Facoltà di designazione

Il Contraente vuole concedere la facoltà di designazione specifica del Beneficiario in capo ad ogni singolo Assicurato? ☐ SI ☐ NO

ELENCO BENEFICIARI STANDARD

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO
0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE
0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI
0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI
0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI
0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI
0814 IL CONTRAENTE
0815 LA DITTA/SOCIETA' CONTRAENTE

D Caratteristiche del contratto

☐ **Zurich Manager Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.865 ed._____

☐ **Zurich Staff Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.829 ed._____

☐ **Zurich Board Protection (premio annuo)**
Tariffa_____
Mod. 8.1011 ed._____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

☐ _____
Tariffa_____
Mod. _____**ed.**_____

Data proposta _____ **Durata** _____

E Quota pagamento premio

Quota a carico del Contraente 100 **%** Euro _____ **Quota a carico dell'Assicurato** _____**%** Euro _____

F Modalità di pagamento del premio

☑ **BONIFICO BANCARIO** a favore del conto corrente intestato all'Intermediario o a Zurich Investments Life S.p.A.

Banca Banca del Valdarno c.c. Agenzia Sede

Coordinate bancarie del conto corrente intestato al contraente

IBAN

I	T	0	5	I	0	8	8	1	1	7	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	9	0	0

☐ **ASSEGNO BANCARIO/CIRCOLARE** non trasferibile a favore dell'Intermediario o di Zurich Investments Life S.p.A.

Tipo Assegno	Numero	Banca Emittente/Trassata	Piazza
☐ Banc. ☐ Circ.			
☐ Banc. ☐ Circ.			

Il versamento del premio può essere effettuato:

- nel caso di polizza sottoscritta attraverso un Intermediario scelto dal cliente ed autorizzato all'incasso dalla Società attraverso i seguenti mezzi di pagamento: assegno non trasferibile intestato alla Società o all'Intermediario, o bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario, o bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario;
- nel caso di contratto sottoscritto presso un Istituto Bancario, attraverso il seguente mezzo di pagamento: addebito in conto corrente bancario a seguito di disposizione rilasciata dal Contraente contestualmente alla sottoscrizione della proposta. È data comunque facoltà al Contraente di effettuare il versamento a mezzo rimessa bancaria diretta.
- nel caso di reimpiego proveniente dalla liquidazione della/e polizza/polizze n. _____(ove è previsto)

ATTENZIONE: VIETATO PER L'INTERMEDIARIO INCASSARE SU PROPOSTA

G Revoca della proposta e recesso del contratto

Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R. contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione scritta di revoca della proposta.

Entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, mediante richiesta scritta inviata alla Società con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione scritta di recesso. La Società rimborsa quindi al Contraente, entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta scritta di recesso, l'importo dovuto, così come determinato nelle condizioni contrattuali.

H Dichiarazioni del Contraente

Il sottoscritto Contraente:

1. **Prende atto** che il contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve da parte della Società la polizza-elenco debitamente sottoscritta o comunicazione scritta di accettazione della proposta.
   In quest'ultimo caso, la proposta e la comunicazione di accettazione costituiranno ad ogni effetto il documento di polizza.
   L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 del giorno di conclusione del contratto o del giorno indicato nella polizza-elenco quale data di decorrenza dell'Assicurazione, se successivo.
   Ad ogni rinnovo del contratto sarà emessa dalla Società una nuova polizza-elenco con indicazione, per ciascun Assicurato, del premio dovuto e del capitale assicurato.
2. **Dichiara che**, prima della sottoscrizione del modulo di proposta, ha ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il set informativo composto dai seguenti documenti nelle rispettive edizioni in vigore alla data di sottoscrizione del modulo di proposta:
   I. il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
   II. il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
   III. le condizioni di assicurazione (comprensive del Glossario dei termini)
   IV. il Modulo di proposta
3. **Si impegna** a consegnare le **Condizioni Contrattuali** ai singoli assicurati all'atto della sottoscrizione della scheda di adesione.
4. **Dichiara** di aver preso visione delle informazioni sugli obblighi di comportamento e sulle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti.

Luogo e Data 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

5. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Manager Protection"*** **- Dichiara** che tutti gli Assicurati sono dipendenti inquadrati a livello dirigenziale e che i capitali assicurati sono conformi a quanto previsto dal C.C.N.L. dei Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi o da eventuali maggiorazioni definite da Contratti Integrativi Aziendali.

Luogo e Data Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

6. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Group LTC"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 co "Accertamento e riconoscimento dello stato di Non autosufficienza da parte della Società" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data 22/01/2025 Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

7. SOLO PER PRODOTTO ***"Zurich Dread Disease"*** **- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Accertamento e riconoscimento della Malattia Grave" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

8. SOLO PER PRODOTTI ***"Zurich Manager Protection"***, ***"Zurich Staff Protection"*** **e** ***"Zurich Board Protection"*****- Dichiara** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., specificatamente l'art. "Condizioni di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente - accertamento" delle Condizioni Contrattuali.

Luogo e Data Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

Dichiarazione di responsabilità del soggetto che ha effettuato l'operazione per conto del Contraente

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

Luogo e Data Firma leggibile dell'Intermediario → Firma leggibile del Contraente →

MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

I Consenso al trattamento dei dati

Il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i co fornito al Beneficiario/ Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente →

MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazior a concorsi, a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. ☐ SI ☐ NO

(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. ☐ SI ☐ NO

(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. ☐ SI ☐ NO

Data 22/01/2025 Firma leggibile del Contraente →

MARCO BELARDINELLI 23.01.2025 11:38:54 GMT+02:00