

## DUAL Donation Quote no problem Assicurazione sulle donazioni

### PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

#### AVVERTENZE PRELIMINARI

L'assicurazione "DUAL Donation Quote no problem" (POLIZZA) emessa da Liberty Mutual Insurance Europe SE, Rappresentanza Generale per l'Italia (ASSICURATORE), è volta alla protezione della circolazione delle quote oggetto di donazione ed esposti all'azione di restituzione per pretesa lesione della quota di legittima, ai sensi dell'articolo 563 del codice civile.

**Il presente modulo è da intendersi ad uso esclusivo dell'INTERMEDIARIO e NON deve essere restituito agli ASSICURATORI.**

Le risposte relative alle domande contenute nel presente modulo sono considerate di primaria importanza per gli ASSICURATORI e saranno riportate nel CERTIFICATO sottoforma di dichiarazione del CONTRAENTE per la sottoscrizione del contratto emesso su richiesta del Proponente. A tali domande dovrà quindi essere data risposta solo dopo che il Proponente avrà effettuato le dovute verifiche presso donante, donatario e/o legittimari.

Il Proponente è la persona fisica o giuridica che sottoscrive la POLIZZA, pagando il relativo PREMIO, al fine di tutelare il BENEFICIARIO dalla eventuale **azione di restituzione** delle quote di provenienza donativa.

Può essere proponente il donante, il DONATARIO e il BENEFICIARIO (il terzo acquirente e/o l'istituto di credito erogante il finanziamento per l'acquisto delle quote).

In caso di sottoscrizione del contratto, l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno indicato in POLIZZA se il PREMIO è pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (art.1901 CODICE CIVILE).

Il pagamento del PREMIO dovrà essere effettuato in un'unica soluzione entro la data di inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

#### ASSICURATORE

Liberty Mutual Insurance Europe SE, Rappresentanza Generale per l'Italia. Liberty Mutual Insurance Europe SE è una compagnia assicurativa comunitaria, con sede legale in Londra, 23rd Floor, 20 Fenchurch Street, EC3M 3AW ed è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento (aut. no. 19-12-000529 rilasciata il 08/02/2012, Cod. IVASS D902R e numero di iscrizione all'Albo imprese I.00101).

La Rappresentanza Generale per l'Italia di Liberty Mutual Insurance Europe SE è sita in Via Vittor Pisani, 27 - 20124 Milano. Liberty Mutual Insurance Europe SE è autorizzata dalla Financial Services Commission, nonché autorizzata e soggetta alla vigilanza della F.C.A. del Regno Unito.

#### DUAL ITALIA S.P.A.

L'intermediario assicurativo iscritto nella Sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'Articolo 109 del D.Lgs. 209/2005 al n. A000167405 incaricato dall'ASSICURATORE della ricezione e trasmissione delle comunicazioni in merito alla POLIZZA, della gestione delle RICHIESTE DI INDENNIZZO nonché, più in generale, della gestione dei rapporti con altri intermediari eventualmente coinvolti nella stipulazione della POLIZZA.

**INFORMAZIONI GENERALI****1. DATI DEL PROPONENTE**

Nome e Cognome: .....

Nato a: ..... Provincia: ..... Il: .../.../.....

P.IVA: ..... Codice Fiscale: .....

Indirizzo: .....

C.A.P.: ..... Città: .....

**2. DATI DEL DONANTE**

Nome e Cognome: .....

Nato a: ..... Provincia: ..... Il: .../.../.....

P.IVA: ..... Codice Fiscale: .....

Indirizzo: .....

C.A.P.: ..... Città: ...

**3. DATI DEL DONATARIO**

Nome e Cognome: .....

Nato a: ..... Provincia: ..... Il: .../.../.....

P.IVA: ..... Codice Fiscale: .....

Indirizzo: .....

C.A.P.: ..... Città: .....

**4. DESCRIZIONE DELLA SOCIETA' OGGETTO DELLA DONAZIONE CHE SI INTENDE ASSICURARE**

Numero delle società: .....

Somma che si desidera assicurare (valore delle quote):

€.....

**Società:**

**Ragione sociale:** .....

**Attività:** .....

**Codice Fiscale/P.IVA:** ..... **Fatturato:** .....

**Numero Dipendenti:** ..... **Rappresentante Legale:** .....

**Si prega di allegare alla presente l'organigramma e la struttura societaria dell'Impresa e/o Azienda.**

**5. DATI DELL'ATTO DI DONAZIONE**

Il Proponente conferma che NON sono trascorsi più di 20 anni dalla data dell'atto di donazione o dalla sua Trascrizione.  Confermo  Non Confermo

Il Proponente conferma che il donante è in vita.  Confermo  Non Confermo

In caso di risposta negativa, il Proponente conferma che NON sono trascorsi più di 10 anni dalla data di Morte.  Confermo  Non Confermo

**6. DICHIARAZIONI SULL'ESISTENZA DI PRIVILEGI SPECIALI O FINANZIAMENTI E DIRITTI REALI DI GARANZIA SULLE PROPRIETÀ CHE FANNO PARTE DELL'IMPRESA E/O DELL'AZIENDA**

Se l'impresa e/o l'azienda oggetto di donazione che si intende assicurare è gravata da privilegi speciali o finanziamenti, la Banca o Istituto di Credito richiede appendice di vincolo?  SI  NO

**In caso di risposta affermativa, indicare:**

Filiale bancaria: .....

Indirizzo: .....

Codice Fiscale: .....

Partita Iva: .....

Riferimenti del finanziamento: .....

**7. CIRCOSTANZE A CONOSCENZA DEL PROPONENTE**

1. Il Proponente, per quanto di sua conoscenza, conferma che NON vi siano altri legittimari del donante, o che eventuali altri legittimari del donante siano stati soddisfatti per la loro quota di legittima.  Confermo  Non Confermo

In caso di Non Confermo, specificare:

.....

2. Il proponente NON è a conoscenza dell'esistenza di un giudizio di riduzione e/o restituzione della donazione né dell'intenzione da parte di un erede legittimo di promuovere un'azione di riduzione e/o restituzione della donazione, ex articolo 555 e seguenti del Codice Civile.

Confermo

Non Confermo

In caso di Non Confermo, specificare:

.....  
.....  
.....

3. Il proponente NON è a conoscenza di un atto stragiudiziale di opposizione alla donazione trascritto.

Confermo

Non Confermo

In caso di Non Confermo, specificare:

.....  
.....  
.....

4. Il proponente NON è a conoscenza dell'esistenza di una qualsiasi richiesta da parte di un legittimario leso dal donante che potrebbe determinare una conseguente azione di riduzione e/o restituzione della donazione ex articolo 555.

Confermo

Non Confermo

In caso di Non Confermo, specificare:

.....  
.....  
.....

## DICHIARAZIONI

**Il proponente conferma che tutte le dichiarazioni ed informazioni fornite in questa PROPOSTA e negli eventuali allegati sono complete, veritiere e corrette e che nessuna informazione relativa al rischio oggetto di assicurazione è stata omessa. Il proponente è inoltre consapevole e riconosce che l'ASSICURATORE si determinerà ad accettare la presente PROPOSTA di assicurazione sulla base delle informazioni rese nella stessa.**

Dichiaro altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta di assicurazione per conto della SOCIETÀ e dei SOGGETTI ASSICURATI e che gli stessi hanno preso visione e approvato le informazioni in essa riportate. Mi impegno ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI di ogni eventuale variazione delle informazioni e delle dichiarazioni che precedono successivamente alla compilazione della presente proposta di assicurazione e riconosco che la sottoscrizione della presente proposta di assicurazione non impegna in alcun modo gli ASSICURATORI alla stipulazione del contratto.

**RICEZIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO**

Dichiaro inoltre di aver ricevuto e preso visione del fascicolo informativo redatto ai sensi del regolamento ISVAP 35 del 2010, composto da: nota informativa, glossario, condizioni generali di assicurazione, proposta.

**PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

**Il Contratto prevede il pagamento del PREMIO *una tantum*.**

**Il pagamento del PREMIO dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL Italia S.p.A. (come definita dal Glossario) o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.**

**Prima della sottoscrizione del Contratto si prega di leggere attentamente il Fascicolo Informativo.**

Firma dell'intermediario: .....

Data:           .../.../.....           Firma Proponente per accettazione: .....

**NOTE**

A series of horizontal dotted lines intended for handwritten notes.