

Cod.:       Sotto-cod.:

Ref. interna: 1514

### Assicurato

Sesso:  Maschio  Femmina  
 Fumatore:  SI  NO (dichiaro di non aver fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver smesso di fumare a seguito di prescrizione medica)  
 Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
 Attività professionale \_\_\_\_\_ Attività sportiva \_\_\_\_\_  
 Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Contraente (se diverso dall'assicurato)

Sesso:  Maschio  Femmina  Società  
 Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc./P. IVA \_\_\_\_\_  
 Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Legale rappresentante (per contraente Società)

Sesso:  Maschio  Femmina  
 Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
 Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Garanzie opzionali facoltative

- I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente)  
 Complementare infortuni

### Beneficiari

Il Beneficiario designato:  appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato  ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato  
 non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale.  
 Specificare \_\_\_\_\_

### Durata e periodicità pagamento premi

Capitale Assicurato: \_\_\_\_\_ €  
 Durata (mesi) \_\_\_\_\_  
 Tipologia premio:  Premio periodico  Premio unico  
 Da barrare solo in caso di premio periodico  Costante  Variabile  
 Periodicità pagamento Premio:  Mensile(\*)  Trimestrale(\*)  Semestrale(\*)  Annuale  
 Spese di emissione: 20 € Premio dovuto \_\_\_\_\_ €

\* L'importo minimo previsto è pari a 30,00 Euro

## Dichiarazioni

Il Contraente dichiara che gli è stato consegnato il prospetto riepilogativo con i premi da pagare (solo in caso di premi periodici variabili), il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela e l'Informativa sulla Privacy.

### DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Generali di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 (Condizioni generali di contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) del Codice Civile - i seguenti articoli:

art. 3 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 4 (Conclusioni del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 8 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e riattivazione); art. 9.2 (Sezione prestazione assicurativa); art. 9.3 (Sezione prestazione assicurativa); art. 9.4 (Sezione Rischio assicurato); art. 10 (Esclusioni); art. 11 (Modifica delle garanzie); art. 15 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 17 (Cessione dei diritti); art. 21 (Giurisdizione e Foro competente).

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del codice civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonchè dagli artt. 5, 7 e 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Avvertenze relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ovvero alla compilazione del Questionario Medico:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;  
b) prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute/Questionario Medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella Dichiarazione di Buono Stato di Salute/Questionario Medico;  
c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'adetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 49, comma 2, lett. a) del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - i dati essenziali dell'Intermediario e della propria attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario è tenuto - ai sensi dell'art.49, comma 2 lett. a) bis del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - nei confronti dei Contraenti.

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'adempimento delle formalità mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;
- al pagamento del Premio.

La Compagnia invia al Contraente il Certificato di Polizza, quale documento contrattuale che riporta i dati identificativi del Contratto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

## Spazio riservato all'Intermediario

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione del/i sottoscrittore/i le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza. Dichiaro altresì di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia antiriciclaggio.

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante:

- |                                                                                                                                      |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assegno bancario intestato alla Compagnia                                                                   | <input type="checkbox"/> assegno circolare intestato alla Compagnia |
| <input type="checkbox"/> bonifico bancario intestato alla Compagnia                                                                  | <input type="checkbox"/> addebito SDD Core                          |
| <input type="checkbox"/> pagamento diretto a favore dell'Intermediario, ove abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia |                                                                     |

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

Il pagamento del Premio periodico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei Premi periodici, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO: Il correntista autorizza la banca ad addebitare i Premi dovuti sul proprio conto corrente indicato di seguito:

CODICE IBAN \_\_\_\_\_ alla data del \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ Il Correntista \_\_\_\_\_

Data di prelevamento: il giorno 20 del mese

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE (DBS)

### Identità della persona da assicurare :

Nome e cognome : \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Luogo di nascita : \_\_\_\_\_  
Codice fiscale : \_\_\_\_\_  
Altezza cm \_\_\_\_\_ Peso kg \_\_\_\_\_

### Ai fini della presente copertura assicurativa, l'Assicurato dichiara :

1. Non essere e di non essere stato affetto da disturbi o malattie o lesioni fisiche, che hanno comportato l'assenza totale o parziale dal lavoro o l'interruzione totale o parziale delle normali attività negli ultimi 3 anni, per più di 4 settimane consecutive (salvo che per stato di gravidanza);
2. Non essere e di non essere stato affetto da una malattia acuta o cronica\* e non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità);
3. Non essere affetto da malattie o lesioni che necessitino di un trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi;
4. Non beneficiare, o aver fatto richiesta, di pensione di invalidità o inabilità permanente e di non essere comunque, a tutt'oggi, colpito da invalidità, o inabilità, superiore al 40%;
5. Essere a conoscenza che malattie già diagnosticate e conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione di questa dichiarazione non saranno coperti dalla presente assicurazione.

\*Per malattie acute o croniche si intende:  
disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronico ostruttiva.

Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici, nonché gli ospedali e gli istituti in genere che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino ed autorizzo sin d'ora l'Assicuratore stesso all'acquisizione di copia di eventuali cartelle cliniche di degenza e di copia di accertamenti medici effettuati.

#### **IMPORTANTE:**

**Qualora la dichiarazione sopra riportata fosse inesatta o reticente, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, la Società si riserva la facoltà:**

- **in caso di dolo o colpa grave di contestare la validità della copertura, ex art. 1892 del Codice Civile;**
- **in assenza di dolo o colpa grave recedere dal contratto e, se già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare ex art. 1893 del Codice Civile.**

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante: \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n. 196,

L'INTERESSATO DICHIARA DI :

**a) Acconsentire**

- al trattamento da parte del Titolare, nonché degli altri soggetti appartenenti alla c.d. "Catena Assicurativa", dei dati personali, inclusi gli eventuali dati sensibili e giudiziari, che mi riguardano, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con le Compagnie, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE).

**b) .....acconsentire\***

- al trattamento dei dati personali che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;
- al trasferimento degli stessi all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato.

\* ove l'interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento e trasferimento all'estero dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsentire". Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo

\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERESSATO

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codice Intermediario

Sotto-codice

Data

## SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI

### Dati identificativi del contraente

Cognome e nome/denominazione sociale<sup>1</sup>

Data di nascita  Luogo di nascita  Nazionalità

C.Fisc./ P.IVA  Sesso:  M  F Tipo doc. di identità

N.  Rilasciato il  da

Località di rilascio  Data scadenza doc. identità

Attività professionale svolta

Attività economica SAE (obbligatorio in caso di Persona Giuridica)  RAE

Indirizzo di residenza/Sede Legale

Comune  Provincia  C.A.P.  Paese

#### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città  Prov

Domicilio (se diverso da residenza)

Comune  Provincia  C.A.P.  Paese

PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO

PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

## DA COMPILARSI IN CASO DI CONTRAENTE SOCIETÀ

### Dati identificativi del legale rappresentante

Cognome e nome

Data di nascita  Luogo di nascita  Nazionalità

Cod.Fisc.  Sesso:  M  F Tipo doc. di identità

N.  Rilasciato il  da

Località di rilascio  Data scadenza doc. identità

Attività professionale svolta

Indirizzo di residenza

Comune  Provincia  C.A.P.  Paese

#### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città  Prov

Domicilio (se diverso da residenza)

Comune  Provincia  C.A.P.  Paese

PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO

PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

<sup>1</sup> Per Contraenti persone giuridiche allegare la seguente documentazione: Per i soggetti iscritti al Registro Imprese: visura camerale; Per i soggetti non iscritti al Registro Imprese: fotocopia dell'atto costitutivo e degli eventuali atti modificativi oltre allo statuto vigente; Eventuale delibera del consiglio di amministrazione o dell'assemblea dei soci che attribuisce i poteri di firma; Copia documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante o del soggetto delegato.

## Dati identificativi del delegato del contraente

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_  
Attività professionale svolta \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_  
PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO  PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

## Dati identificativi dell'intestatario del conto corrente (se diverso dal contraente)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_  
Attività professionale svolta \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_  
PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO  PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

## DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

Coincide con il contraente  Persona diversa dal contraente

## Dati identificativi dell'esecutore (se diverso dal contraente)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_  
Attività professionale svolta \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_  
PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO  PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

## DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO<sup>2</sup>

Coincide con il contraente

Esistono uno o più titolari effettivi

### Dati identificativi del titolare effettivo<sup>2</sup>

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

#### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO

PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

### Dati identificativi del titolare effettivo<sup>2</sup>

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

#### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO

PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

### Dati identificativi del titolare effettivo<sup>2</sup>

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Tipo doc. di identità \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza doc. identità \_\_\_\_\_

Attività professionale svolta \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

#### Luogo svolgimento attività lavorativa

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

PEP (Persona Esposta Politicamente) SI  NO

PIL (Politico Interno Locale) SI  NO

<sup>2</sup> I campi sono da compilare in modo multiplo solo nel caso di una pluralità di titolari effettivi.

## Indicazione beneficiari designati

- Il Beneficiario designato:  appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato  
 ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato  
 non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale  
Specificare \_\_\_\_\_

## SEZIONE B – INFORMAZIONI SUL RAPPORTO CONTINUATIVO/OPERAZIONE

### Informazioni sullo scopo e natura prevista del rapporto continuativo/operazione

#### A. Tipologia di rapporto continuativo/operazione

- Apertura nuova polizza  Apertura per cambio di contraenza  
 Altro Specificare \_\_\_\_\_

#### B. Scopo prevalente del rapporto continuativo

- Protezione famiglia  Protezione azienda

#### C. Il delegato del contraente:<sup>3</sup>

- appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato  ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato  
 non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale

Specificare, in ogni caso, il rapporto tra le parti \_\_\_\_\_

#### D. L'intestatario del conto corrente (se diverso dal contraente):<sup>4</sup>

- appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato  
 ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato  non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale

Specificare, in ogni caso, il rapporto tra le parti \_\_\_\_\_

## SEZIONE C – ULTERIORI INFORMAZIONI

### Informazioni sullo scopo e natura prevista del rapporto continuativo/operazione

#### A. Qual è la provenienza delle somme utilizzate per il pagamento dei premi relativi alla polizza?

- Reddito da lavoro dipendente  Reddito da lavoro autonomo  Disinvestimento  Reinvestimento  
 Vincita  Eredità  Altro Specificare \_\_\_\_\_

#### B. Fatturato annuo lordo (Solo in caso di contraente persona giuridica):

- fino a 500 mila  da 500 mila a 1 milione  da 1 milione a 1,5 milioni  da 1,5 milioni a 3 milioni  oltre i 3 milioni

#### C. Qual è la Sua fascia di reddito attuale?

- Fino a Euro 50.000 all'anno  Oltre Euro 50.000 e fino a Euro 150.000  Oltre Euro 150.000 e fino a Euro 250.000  
 Oltre Euro 250.000

#### D. Qual è la Sua capacità di risparmio annuo?

- Fino a Euro 5.000  Oltre Euro 5.000 e fino a Euro 15.000  Oltre Euro 15.000

#### E. Quali sono le Sue aspettative sull'andamento futuro del Suo patrimonio?

- In crescita  Stazionaria  In diminuzione

#### F. Ulteriori impegni finanziari sottoscritti:

- Mutui  Prestiti personali  Nessuno  Altro Specificare \_\_\_\_\_

#### G. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/Investimento  Previdenza/Pensione complementare

Protezione assicurativa di rischio morte →  Capitale assicurato € \_\_\_\_\_ N. polizze \_\_\_\_\_

Protezione assicurativa di rischio invalidità →  Capitale assicurato € \_\_\_\_\_ N. polizze \_\_\_\_\_

Protezione assicurativa di rischio malattie gravi  Nessuno

#### H. Modalità pagamento del premio di perfezionamento:

- assegno bancario intestato alla Compagnia  assegno circolare intestato alla Compagnia  
 bonifico bancario intestato alla Compagnia  addebito SDD Core  
 pagamento diretto a favore dell'Intermediario, ove abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia

<sup>3</sup> Rispondere solo in presenza di delegato del contraente.

<sup>4</sup> Rispondere solo in caso di intestatario del conto corrente diverso dal contraente.

## Dichiarazione e firma del contraente/sottoscrittore (legale rappresentante) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in base agli artt. 21 e 55 comma 1 del d.lgs. 231/2007, consapevole della responsabilità penale derivante da omesse e/o mendaci affermazioni, dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero, ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società e/o persone fisiche per conto delle quali, eventualmente, opera.

Il sottoscritto si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa e penale per dichiarazioni non veritiere.

Il sottoscritto si impegna a comunicare senza ritardo ad AFI ESCA S.A. ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo.

Il sottoscritto è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del contraente/legale rappresentante/delegato del contraente \_\_\_\_\_