

PROFILO CLIENTE N.

MODULO DI PROPOSTA N.

STIPULATA IL

Contraente

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

Il Domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

 SÌ NO

Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'allegato tecnico del D.Lgs. 231/2007.

Ricopre cariche pubbliche diverse da P.E.P.:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)

TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA

Assicurando (quando diverso dal Contraente)

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Rapporto con il Contraente:

 Parentela Lavoro/affari Affinità Coniugio Convivenza di fatto o unione civile Relazione amicale Beneficienza/liberalità Altro (specificare) _____

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente

Tipo documento 01 Carta d'identità 02 Patente auto 03 Passaporto 04 Porto d'armi Numero documento

Data rilascio Valido fino al Autorità e località rilascio CAB Sottogruppo attività Gruppo attività

Tab. 1 Tab. 2

Dati dell'Esecutore per conto del Contraente

COGNOME NOME SESSO M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV NAZIONE

INDIRIZZO DI RESIDENZA COMUNE CAP PROV NAZIONE

NAZIONE DI CITTADINANZA NAZIONE DI SECONDA CITTADINANZA

Documento identificativo:

TIPO DOCUMENTO NUMERO DOCUMENTO DATA RILASCIO DATA SCADENZA

ENTE DI RILASCIO LOCALITÀ DI RILASCIO PROV NAZIONE

Attività lavorativa:

PROFESSIONE PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)

TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE

Altre informazioni:

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da P.E.P.: _____
(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE DOCUMENTO ATTESTANTE I POTERI DI RAPPRESENTANZA

Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

Caratteristiche contrattualiNome tariffa

Durata contratto: a vita intera

Premio unico € (minimo € 5.000,00 e massimo € 150.000,00)**Altre informazioni sul Contraente**

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE

FASCIA DI REDDITO DEL CONTRAENTE

PATRIMONIO COMPLESSIVO

SCOPO RAPPORTO

ORIGINE DELLE SOMME VERSATE

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Le somme versate sono in giacenza da più di 30 gg: **SI** **NO****Titolare Effettivo del rapporto continuativo**

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all' Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo.

Versamento del premio di perfezionamento

Bonifico bancario a favore di Genertel*life* S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 04 C 03075 61800 CC0020242424 presso Banca Generali di Mogliano Veneto.

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario effettuato da:

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Beneficiari CASO MORTE

| | | | |
|---|--------------------------------|--|---|
| | COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G* | |
| | DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA** |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE | | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| ENTE REGISTRAZIONE | | LUOGO REGISTRAZIONE | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) | | | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti: | | | |
| <input type="checkbox"/> email _____ | | <input type="checkbox"/> telefono _____ | |
| <input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____ | | | |

FAC-SIMILE

| | | | |
|---|--------------------------------|--|---|
| | COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G* | |
| | DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA** |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE | | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| ENTE REGISTRAZIONE | | LUOGO REGISTRAZIONE | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) | | | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti: | | | |
| <input type="checkbox"/> email _____ | | <input type="checkbox"/> telefono _____ | |
| <input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____ | | | |

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

| | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G* | |
| | DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA** |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| INDIRIZZO SEDE LEGALE | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|--|--|
| PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| ENTE REGISTRAZIONE | LUOGO REGISTRAZIONE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email telefono

indirizzo di corrispondenza

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

| | | | |
|---|----------------------------|---|----------------------------|
| Gli eredi legittimi dell'Assicurato; | <input type="checkbox"/> A | Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso; | <input type="checkbox"/> G |
| Il Contraente; | <input type="checkbox"/> B | Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato; | <input type="checkbox"/> H |
| Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*; | <input type="checkbox"/> C | Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro. | <input type="checkbox"/> L |
| Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato; | <input type="checkbox"/> D | | |
| I figli nati o nascituri dell'Assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'Assicurato; | <input type="checkbox"/> E | | |
| I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato stesso; | <input type="checkbox"/> F | | |

* Scelta possibile solo se il Contraente è diverso dall'Assicurato.

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

email telefono

indirizzo di corrispondenza

Titolare effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)**1° TITOLARE EFFETTIVO**

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|------|--|--|--|
| COGNOME | | | | NOME | | | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO | | | | |
| | | | | | | | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | | | | | |

2° TITOLARE EFFETTIVO

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|------|--|--|--|
| COGNOME | | | | NOME | | | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO | | | | |
| | | | | | | | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | | | | | |

3° TITOLARE EFFETTIVO

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|------|--|--|--|
| COGNOME | | | | NOME | | | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO | | | | |
| | | | | | | | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | | | | | |

4° TITOLARE EFFETTIVO

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|------|--|--|--|
| COGNOME | | | | NOME | | | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO | | | | |
| | | | | | | | |
| P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| RAPPORTO CON IL CONTRAENTE | | | | | | | |

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Società. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato.

I miei consensi privacy

Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'informativa, proseguendo, AUTORIZZO Genertel/life a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

Consensi commerciali e di profilazione commerciale (facoltativi)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel/life e Genertel;

Acconsento Non acconsento

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Acconsento Non acconsento

Dichiarazioni del Contraente o suo Esecutore

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.

Il sottoscritto Contraente, o suo Esecutore:

- **Dichiara di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta, il set informativo indicato sul frontespizio composto dal documento contenente le informazioni chiave (KID), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta.**
- Dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo (conforme al modello di cui all'allegato 4 bis del Reg. Ivass n.40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018).
- Dichiara di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura e, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Genertel*life*, che lo stesso è adeguato in quanto risponde alle proprie preferenze, ai propri obiettivi ed alle proprie caratteristiche.
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o devesi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

X _____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____
Firma Contraente (o Esecutore)

Dichiarazione U.S. Person e CRS**F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)**

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

Dichiarazione U.S. Person del Contraente:

Il sottoscritto, in qualità di Contraente, dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

X _____
Firma Contraente (o Esecutore per conto del Contraente)

CRS (Common Reporting Standard)

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente, riportate nel presente Modulo di Proposta. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Dichiarazione CRS del Contraente: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;
 di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

X _____
Firma Contraente (o Esecutore per conto del Contraente)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze.

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Breve termine (fino a 5 anni)
- Medio termine (fino a 10 anni)
- Medio / Lungo termine (fino a 15 anni)
- Lungo termine (oltre i 15 anni)

Considerato che il prodotto prevede la possibilità di riscattare dopo 12 mesi, ritengo probabile avere la necessità di disinvestire il contratto prima di tale periodo:

- Sì
- NO

Firme di sottoscrizione

_____ X _____ X _____
Data e luogo Firma Contraente (o Esecutore) Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Note