

Proposta di assicurazione FORWARD *Guard*

(TARIFFA FIE1)

Proposta di assicurazione sulla vita a premio ricorrente con partecipazione agli utili

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Proposta Numero | Agenzia | Codice agenzia | Codice intermediario |

CONTRAENTE

| | | | | |
|--|---|--|----------------------|----------------------------------|
| Cognome, nome / Ragione Sociale | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Soc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Residenza / Sede legale | Indirizzo | | | Numero |
| | CAP | Città | Provincia | |
| Data e luogo di nascita | Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Stato di nascita |
| Nazionalità / Professione attuale e settore economico | <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> Altra nazionalità | Professione | | Settore economico |
| Territorialità fiscale di appartenenza | <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> e/o | Specificare la Nazione di cui il Contraente è contribuente fiscale | | Identificativo fiscale (TIN/NIF) |
| Codice fiscale / Partita IVA | Codice fiscale | | / Partita IVA | |
| Recapito di contatto (se diverso dalla residenza / sede legale) | Indirizzo | | | Numero |
| | CAP | Città | Provincia | |
| Ulteriori recapiti | Telefono fisso | Telefono ufficio | Cellulare | |
| | E-mail | | | |

ASSICURATO

| | | | | |
|---------------------------|---|----------------------|----------------------|------------------|
| Assicurato | <input type="checkbox"/> Contraente <input type="checkbox"/> Persona diversa dal Contraente (si prega specificare di seguito) | | | |
| Cognome, nome | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Residenza | Indirizzo | | | Numero |
| | CAP | Città | Provincia | |
| Data e luogo di nascita | Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Stato di nascita |
| Nazionalità / Professione | <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> Altra nazionalità | Professione | | |
| Codice fiscale | Codice fiscale | | | |
| Recapiti | Telefono fisso | Telefono ufficio | Cellulare | |
| | E-mail | | | |

BENEFICIARIO IN CASO DI MORTE

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| Beneficiario in caso di morte | <input type="checkbox"/> Altri (specificare nello spazio a seguire) <input type="checkbox"/> Eredi testamentari, in mancanza eredi legittimi dell'Assicurato | | | |
| Cognome, nome / Ragione Sociale | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Soc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data e luogo di nascita | Data di nascita | Luogo di nascita | Provincia | Stato di nascita |
| Percentuale / Relazione con il Contraente | Percentuale % | Relazione con il Contraente | | |
| Codice fiscale / Partita IVA | Codice fiscale | | / Partita IVA | |
| | E-mail | | | |
| Beneficiario con disabilità grave (come definito dall'art. 3, comma 3, della legge n.104/1992) | <input type="checkbox"/> Il Beneficiario in caso di morte è persona con disabilità grave (barrare se affermativo) | | | |
| Referente terzo | Per esigenze di riservatezza, intendo identificare come referente terzo (diverso dal beneficiario) a cui l'Impresa potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Data di nascita | Luogo di nascita | Telefono | |
| Avvertenza: In caso di mancata compilazione dello spazio per l'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, incluso il codice fiscale e/o la partita IVA, e dei relativi recapiti anche di posta elettronica, la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario. La modifica o la revoca del beneficiario deve essere comunicata alla Società. | | | | |
| Comunicazioni al beneficiario | <input type="checkbox"/> Richiesta di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima dell'evento (barrare in caso di selezione) | | | |

BENEFICIARIO IN CASO DI VITA

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| Beneficiario in caso di vita | <input type="checkbox"/> Contraente | <input type="checkbox"/> Assicurato | <input type="checkbox"/> Altri (precisare nello spazio a seguire) |
| Cognome, nome / Ragione Sociale | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Soc. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data e luogo di nascita | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Percentuale / Relazione con il Contraente | <input type="text"/> % | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codice fiscale / Partita IVA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comunicazioni al beneficiario | <input type="checkbox"/> Richiesta di escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario prima dell'evento (barrare in caso di selezione) | | |

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE PERSONA FISICA / DEL RAPPRESENTANTE LEGALE PERSONA GIURIDICA

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Identificazione Contraente / Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Carta d'identità | <input type="checkbox"/> Patente | <input type="checkbox"/> Passaporto | <input type="text"/> |
| (allegare copia del documento d'identità, fronte e retro. Se trattasi di persona giuridica allegare una visura camerale) | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Titolare effettivo | Il Contraente è il titolare effettivo del rapporto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | | |
| Sottoscrizione dell'intermediario | Se no, è necessario compilare l'allegato per l'identificazione del titolare effettivo. | | | |
| | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | Nome, Cognome dell'intermediario | | | Firma leggibile dell'intermediario |

CAPACITÀ DI RISPARMIO DEL CONTRAENTE

| | | | |
|---|--|--|--|
| Capacità di risparmio annua | <input type="checkbox"/> Fino a 600,-€ | <input type="checkbox"/> Tra 600,-€ e 5.000,-€ | <input type="checkbox"/> Oltre 5.000,-€ |
| Reddito annuo | <input type="checkbox"/> Fino a 20.000,-€ | <input type="checkbox"/> Tra 20.000,-€ e 35.000,-€ | <input type="checkbox"/> Tra 35.000,-€ e 50.000,-€ |
| | <input type="checkbox"/> Tra 50.000,-€ e 65.000,-€ | <input type="checkbox"/> Oltre 65.000,-€ | |
| Tipologia di reddito annuo | <input type="checkbox"/> Reddito fisso | <input type="checkbox"/> Reddito variabile non certo | |
| Impegni finanziari già assunti | <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Fino a 1.000,-€ | <input type="checkbox"/> Tra 1.000,-€ e 5.000,-€ |
| Numero componenti del nucleo familiare | <input type="checkbox"/> Numero | <input type="checkbox"/> Di cui a carico | <input type="checkbox"/> Superiore a 5.000,-€ |

DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Data di Decorrenza e Durata del Contratto | <input type="text"/> | Durata del Contratto | <input type="text"/> |
| | Data di Decorrenza | | Anni |

PREMIO

| | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Importo annuale del Premio | <input type="text"/> | <input type="text"/> | € | <input type="checkbox"/> OPZIONE DI INCREMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO (barrare in caso di selezione) |
| Piano di frazionamento del Premio / Rata di Premio | <input type="checkbox"/> Mensile | <input type="checkbox"/> Trimestrale | <input type="checkbox"/> Semestrale | <input type="checkbox"/> Annuale |
| Prima Rata / importo del primo Premio | <input type="text"/> | <input type="text"/> | € | <input type="text"/> |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

| | | | |
|--|--|--|--|
| Primo premio / Premi successivi (barrare la modalità scelta) | <input type="checkbox"/> Primo premio | <input type="checkbox"/> Premi successivi | <input type="checkbox"/> Addebito diretto SEPA a favore di FWU Life Insurance Lux S.A. (compilare la sezione per l'autorizzazione al pagamento tramite addebito diretto SEPA) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CBILL – Avviso di pagamento inviato da FWU Life Insurance Lux S.A. tramite Banca |
| Nel caso di pagamenti a favore di soggetti diversi da "FWU Life Insurance Lux S.A." ovvero di pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle sopra indicate, la Società intenderà il pagamento come non effettuato. | | | |
| Avvertenza: tutte le forme di pagamento devono essere indirizzate a favore di conti intestati alla Società. | | | |
| Agli Intermediari è fatto divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento dei premi o a qualsiasi altro titolo. | | | |

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE ADDEBITO DIRETTO SEPA

Codice identificativo del creditore

Creditore

IBAN

Tipo pagamento

Intestatario del conto
(Dati relativi al Contraente o al pagatore come identificati nelle sezioni "Contraente" o "pagatore")

Codice fiscale* / Partita IVA

Sottoscrizione dell'intestatario del conto

IT500010000094093500216

Identificativo del mandato:

numero di polizza

FWU Life Insurance Lux S.A. · Via Roberto Lepetit 8/10 · 20124 Milano (MI)

Sottoscrivendo il presente mandato lei autorizza FWU Life Insurance Lux S.A. ad inoltrare istruzioni alla sua banca affinché il suo conto corrente venga addebitato come da istruzioni impartite. Potrà eventualmente richiedere la restituzione degli importi addebitati come previsto dalla normativa SEPA DD. La richiesta di rimborso deve essere presentata entro otto (8) settimane dalla data di registrazione di un addebito autorizzato.

Pagamento ricorrente

Sig.

Sig.ra

Soc.

Cognome / Ragione Sociale

Nome

Indirizzo

Numero

CAP

Città

Provincia

Codice fiscale

Partita IVA

Sì conviene che l'anticipo per la pre-notifica verrà adeguato ai tempi minimi di comunicazione previsti dai processi informatici interbancari.
(*) Nel caso di conto intestato a società, indicare il codice fiscale di chi autorizza l'addebito sul conto (procuratore).

X

Data

Luogo

Firma dell'intestatario del conto o del procuratore

Potrà ottenere direttamente dalla sua banca la regolamentazione evidenziante i suoi diritti per quanto attiene gli addebiti diretti SEPA.

IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE E DICHIARAZIONI IN OSSERVANZA ALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO E ANTITERRORISMO

| | | |
|--|---|---|
| Pagatore | <input type="checkbox"/> Contraente | <input type="checkbox"/> Persona diversa dal Contraente (si prega specificare di seguito) |
| Cognome, nome / Ragione Sociale <i>(se diverso da Contraente)</i> | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Soc. | <input type="text"/> Cognome / Ragione Sociale <input type="text"/> Nome |
| Residenza / Sede legale | <input type="text"/> Indirizzo <input type="text"/> Numero | |
| | <input type="text"/> CAP <input type="text"/> Città | <input type="text"/> Provincia |
| Data e luogo di nascita | <input type="text"/> Data di nascita <input type="text"/> Luogo di nascita | <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Stato di nascita |
| Codice fiscale / Partita IVA | <input type="text"/> Codice fiscale / <input type="text"/> Partita IVA | |
| | <input type="text"/> Relazione con il Contraente | <input type="text"/> Professione <input type="text"/> Settore economico |
| Identificazione del pagatore | <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Passaporto | <input type="text"/> Numero del documento |
| | <input type="text"/> Data di emissione <input type="text"/> Data di scadenza <input type="text"/> Autorità emittente | <input type="text"/> Luogo di emissione |
| Dichiarazioni del Pagatore | <input type="checkbox"/> Il versamento è effettuato in conto proprio <input type="checkbox"/> Il versamento è effettuato per conto di terzi Il pagatore dichiara di operare nel rispetto delle normative anticicliaggio, antiterrorismo e anti evasione / elusione fiscale. Dichiara altresì di essere a conoscenza che FWU Life Insurance Lux S.A. non può accettare pagamenti per contanti. | |
| Nome ed indirizzo della persona per conto della quale è effettuato il versamento | <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Soc. | <input type="text"/> Cognome / Ragione Sociale <input type="text"/> Nome |
| | <input type="text"/> Indirizzo <input type="text"/> Numero | |
| | <input type="text"/> CAP <input type="text"/> Città | <input type="text"/> Provincia |
| Data e luogo di nascita | <input type="text"/> Data di nascita <input type="text"/> Luogo di nascita | <input type="text"/> Provincia <input type="text"/> Stato di nascita |
| Codice fiscale / Partita IVA | <input type="text"/> Codice fiscale / <input type="text"/> Partita IVA | |
| Il premio versato proviene da | <input type="checkbox"/> Reddito professionale <input type="checkbox"/> Risparmio <input type="checkbox"/> Eredità <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> Specificare le altre origini del versamento | |
| Sottoscrizione del Pagatore | <input type="text"/> Data <input type="text"/> Luogo | <input checked="" type="checkbox"/> Firma del pagatore |
| Sottoscrizione dell'intermediario | <input type="text"/> Data <input type="text"/> Luogo | <input checked="" type="checkbox"/> Firma dell'intermediario |

QUESTIONARIO PER CONTRAENTI PERSONE FISICHE PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

| | | | |
|---|---|--|--|
| Ha o ha avuto cariche pubbliche importanti in Italia o in qualsiasi altra nazione? | Cariche pubbliche importanti: capo di Stato, Capo di Governo, Ministro, Vice ministro, Segretario di Stato o Sottosegretario di Stato, Membro del Parlamento, Membro della Corte Suprema o della Corte Costituzionale o di altri enti, le cui decisioni non siano soggette a ricorso o appello, Membro della Corte dei Conti o di Consigli di Amministrazione delle banche centrali, Ambasciatore, Incaricato d'Affari e Ufficiale di alto livello delle Forze Armate, Membri degli organi di amministrazione, direzione e vigilanza delle imprese possedute dallo Stato. | | |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio: | | |
| Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti? | Familiari: coniuge o persona con cui ha una relazione sentimentale stabile, genitori o figli o coniuge dei figli. | | |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio: | | |
| Attualmente lavora o collabora a stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti? | Condizione di stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti: persone che notoriamente controllano uno strumento o una persona giuridica con cariche pubbliche importanti, o che collaborano a stretto contatto con suddette persone. | | |
| <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio: | | |

REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, DIRITTO DI RECESSO E FASCICOLO INFORMATIVO E CONTENUTO DEGLI ARTICOLI

REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Prima della conclusione del Contratto il Contraente può revocare la Proposta inviando apposita comunicazione scritta alla sede secondaria della Società in Italia, mediante lettera raccomandata A/R, al seguente indirizzo: FWU Life Insurance Lux S.A. – Sede secondaria, Via Roberto Lepetit 8/10, 20124 Milano. Entro trenta (30) giorni dal ricevimento della comunicazione di Revoca della Proposta, la Società rimborserà gli importi eventualmente versati.

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto nel termine di 30 giorni dal momento in cui il Contratto è concluso (ossia dalla data in cui il Contraente ha ricevuto il Documento di Polizza). Per l'esercizio del proprio diritto di Recesso, il Contraente è tenuto ad inoltrare alla Società all'indirizzo indicato alla precedente sezione relativa alla Revoca della Proposta, mediante lettera raccomandata A/R, una comunicazione scritta indicazione del numero di Proposta e l'indicazione della volontà di recedere dal Contratto. Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 0:00 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata A/R da parte della Società, quale risulta dal timbro postale.

Entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, la Società rimborserà il premio versato al netto:

- di 40 euro a titolo di rimborso delle spese per l'emissione del Contratto;
- della parte di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto.

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE E ACCETTAZIONE

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto gratuitamente, in tempo utile ai fini della comprensione del Prodotto e prima della sottoscrizione della presente Proposta, il set informativo e l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi della Normativa Privacy Applicabile (come ivi definita). In particolare, quanto al set informativo, di aver ricevuto:
 - su supporto cartaceo o su supporto durevole non cartaceo (email) come da sue indicazioni, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il DIP Aggiuntivo, le Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario e del Regolamento del FWU Life MD3 Fund e del FWU Life MD2 Fund, e il modulo di Proposta; e
 - su supporto cartaceo o, su sua richiesta, su supporto durevole non cartaceo (email) o tramite il seguente sito internet: www.forwardyou.com/it/prodotti/centro-informativo, con congruo anticipo e prima della sottoscrizione della presente Proposta, i documenti contenenti le informazioni chiave per i prodotti d'investimento al dettaglio e assicurativi preassemblati (PRIIPs KID); e qualora i PRIIPs KID mi siano stati forniti su supporto durevole non cartaceo (email) o tramite il suddetto sito internet, di avere regolare accesso ad una connessione internet;
- di essere stato informato della facoltà di ricevere, gratuitamente, su richiesta, una copia cartacea qualora i PRIIPs KID mi siano stati forniti su supporto durevole non cartaceo (email) o tramite il suddetto sito internet; e
- di aver compreso il contenuto integrale dei PRIIPs KID prima della sottoscrizione della presente Proposta; e
- che il presente documento non contiene cancellature e di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso.

| | | | |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Data | Luogo | <input checked="" type="checkbox"/> | Firma leggibile del Contraente |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente (e l'Assicurato) dichiara di essere consapevole che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione dell'eventuale attestazione di buona salute ovvero del questionario, il soggetto di cui alla lettera (a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e letto, e di accettare in ogni loro parte, le Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario e del Regolamen-to del FWU Life MD3 Fund e del FWU Life MD2 Fund, e del modulo di Proposta.

Il Contraente, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile italiano, dichiara di aver letto, compreso e di accettare espressamente il contenuto dei seguenti articoli: 3.2., 4.3., 9.1., 10.4., 12.4., 14.3., 15.2., 16.1., 17.1., 17.2., 19.1., 20.2., 24.3., 24.6., 26.1, 26.2, 27.1., 28.4., 29.1A), 29.1B), 31.1A), 32.1., 32.2., 34.2A) l., 34.4., 37.2., 38.1., 39.1., 39.3., 40.1., 41.2., 41.3., 41.3.1., 41.3., 41.4., 41.4.1, 41.4.2., 41.5., 44.1., 45.2., 54.1., 54.2., 55.2., 55.3., 57.1., 57.2., 57.3., 57.4., 57.5.

| | | | |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Data | Luogo | <input checked="" type="checkbox"/> | Firma leggibile del Contraente |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|

CONSEGNA DEI DOCUMENTI RELATIVI ALL'INTERMEDIARIO (EX ART. 56 DEL REGOLAMENTO IVASS N.40/2018)

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto documenti informativi relativi all'intermediario conformi agli Allegati 3 e 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018

| | | | |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Data | Luogo | <input checked="" type="checkbox"/> | Firma leggibile del Contraente |
|------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, l'Assicurato e/o il pagatore (se differente) possono opporsi all'utilizzo dei loro dati per scopi di marketing in qualsiasi momento, come descritto nelle sezioni 4.4 e 4.5. dell'Informativa in materia di protezione dei dati personali.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Il sottoscritto Assicurato esprime il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 del codice civile.

| | | | | |
|------|-------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| Data | Luogo | Specificare la relazione col Contraente | <input checked="" type="checkbox"/> | Firma dell'Assicurato |
|------|-------|---|-------------------------------------|-----------------------|

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO

Il sottoscritto intermediario autorizzato dichiara sotto la propria responsabilità:

- che le dichiarazioni previste nella presente Proposta sono state sottoscritte dal Contraente, dall'Assicurato e dal pagatore (come indicato), che sono presenti di fronte a me e dei quali ho personalmente verificato l'identità; e
- di aver raccolto e di allegare alla presente, se del caso, la dichiarazione del Contraente di rifiuto di fornire una o più delle informazioni necessarie ai fini della valutazione delle richieste ed esigenze del contraente, di cui all'Articolo 58, co. 5 del Regolamento IVASS n. 40/2018; e
- che il pagamento del primo Premio (o Prima Rata) sarà effettuato mediante

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> addebito diretto SEPA | <input type="checkbox"/> CBILL | | |
| Data | Luogo | Cognome e nome dell'intermediario | <input checked="" type="checkbox"/> Firma leggibile dell'intermediario |