

Intermediario: ASSYTECH S.R.L. (00384) Sotto-cod.: Iscrizione RUI n. :  
Ref interna: 1218 Proposta n. : 30437

### 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. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ 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: 20,00 € 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, il Set Informativo, le Condizioni Generali di Assicurazione con Glossario e Indice, l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

### 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. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5.2 (Sezione prestazione assicurativa); art. 5.3 (Sezione prestazione assicurativa); art. 5.4 (Sezione Rischio assicurato); art. 6 (Esclusioni); art. 7 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 11 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e riattivazione); art. 12 (Modifica delle garanzie); art. 14 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 16 (Cessione dei diritti); art. 20 (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 nonché 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'addetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 56, del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - 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. 56, del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - 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 anticicliaggio.

Cognome e nome 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 \_\_\_\_\_ ▶

## Consenso al trattamento dei dati personali

Si invita il Soggetto Interessato a leggere attentamente l'Informativa Privacy allegata al presente modulo.

### **Trattamento dei dati Personali Sensibili (inclusi i dati relativi alla Salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato)**

AFI ESCA raccoglie il consenso per trattare i dati personali del Soggetto Interessato e nel caso fosse l'Assicurato anche quelli relativi alla sua salute per le finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy. I dati saranno trattati per le finalità e le attività elencate nell'Informativa Privacy. Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso firmando l'apposito spazio sottostante.

Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, il Soggetto Interessato esprime il consenso a quanto segue:

- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
- alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, all'interno od all'esterno dell'**Area Economica Europea (EEA)**, ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy.
- **a manlevare tutte le persone fisiche presso AFI ESCA ed i soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute (nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato) ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del soggetto interessato \_\_\_\_\_ ◀

Il Soggetto Interessato dichiara inoltre di:

☐ **Acconsentire**

☐ **Non acconsentire**

Per finalità elencate nel paragrafo 3.D "FINALITÀ DI MARKETING" dell'Informativa Privacy:

- espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del soggetto interessato \_\_\_\_\_ ◀

## Consenso al trattamento dei dati personali

Si invita il Soggetto Interessato a leggere attentamente l'Informativa Privacy allegata al presente modulo.

### **Trattamento dei dati Personali Sensibili (inclusi i dati relativi alla Salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato)**

AFI ESCA raccoglie il consenso per trattare i dati personali del Soggetto Interessato e nel caso fosse l'Assicurato anche quelli relativi alla sua salute per le finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy. I dati saranno trattati per le finalità e le attività elencate nell'Informativa Privacy. Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso firmando l'apposito spazio sottostante.

Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, il Soggetto Interessato esprime il consenso a quanto segue:

- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
- alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, all'interno od all'esterno dell'**Area Economica Europea (EEA)**, ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy.
- **a manlevare tutte le persone fisiche presso AFI ESCA ed i soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute (nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato) ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del soggetto interessato \_\_\_\_\_ ◀

Il Soggetto Interessato dichiara inoltre di:

☐ **Acconsentire**

☐ **Non acconsentire**

Per finalità elencate nel paragrafo 3.D "FINALITÀ DI MARKETING" dell'Informativa Privacy:

- espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).

Luogo e data \_\_\_\_\_ firma del soggetto interessato \_\_\_\_\_ ◀

Intermediario: ASSYTECH S.R.L. (00384) Sotto-cod.:

Data \_\_\_\_\_

## SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI

### Dati identificativi del contraente

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

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

Cod. 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 Politicamente Esposta) ☐ 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 Politicamente Esposta) ☐ SI ☐ NO PIL (Politico Interno Locale) ☐ SI ☐ NO

1 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 Politicamente Esposta) ☐ 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 Politicamente Esposta) ☐ SI ☐ NO PIL (Politico Interno Locale) ☐ SI ☐ NO

## DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

☐ Coincide con il contraente ☐ Coincide con l'assicurato ☐ Persona diversa dal contraente e assicurato

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

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 Politicamente Esposta) ☐ SI ☐ NO PIL (Politico Interno Locale) ☐ SI ☐ NO

1 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 TITOLARE EFFETTIVO<sup>2</sup>

☐ Coincide con il contraente

☐ Coincide con l'assicurato

☐ 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 Politicamente Esposta) ☐ 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 Politicamente Esposta) ☐ 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 Politicamente Esposta) ☐ SI ☐ NO

PIL (Politico Interno Locale) ☐ SI ☐ NO

### 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 \_\_\_\_\_

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

## 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 ☐ Pensione ☐ Reddito d'impresa  
☐ 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 di 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

### Dichiarazione e firma dell'aderente \_\_\_\_\_

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 dichiarante \_\_\_\_\_

<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.



## SEZIONE D1 – ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

(a cura del soggetto incaricato del collocamento)

### A. Comportamento tenuto dal cliente all'instaurazione del rapporto continuativo/compimento dell'operazione

- ☐ Normale
- ☐ Riluttanza e/o reticenza nel fornire le informazioni richieste
- ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione
- ☐ Il cliente mostra una inusuale familiarità con le norme antiriciclaggio
- ☐ Altre anomalie comportamentali riscontrate, Specificare \_\_\_\_\_

### B. Le informazioni ricevute dal cliente, sono da ritenersi attendibili?

- ☐ Sì ☐ No Specificare il motivo \_\_\_\_\_

Il soggetto incaricato al collocamento dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione del contraente/sottoscrittore della presente proposta/polizza secondo le modalità e nell'adempimento degli obblighi previsti dal D.lgs. 2013/2007 e successive modificazioni.

Dichiara altresì di aver consegnato al cliente la copia del Modulo di adeguata verifica.

Società/Intermediario:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice soggetto incaricato del collocamento \_\_\_\_\_ codice di iscrizione RUI \_\_\_\_\_

Regione di attività del soggetto incaricato del collocamento \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro/Firma \_\_\_\_\_

## SEZIONE D2 – DICHIARAZIONE INTEGRATIVA DELL'INTERMEDIARIO CONVENZIONATO

### A. Ragionevolezza del rapporto continuativo in relazione all'attività svolta dal cliente

- ☐ Sì ☐ No Specificare il motivo \_\_\_\_\_

### B. Profilo del rischio di riciclaggio/finanziamento del terrorismo

- ☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto

### C. Eventuali informazioni aggiuntive

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Validazione percorso di Adeguata Verifica

Nominativo Contraente/Rappresentante Legale/Esecutore/Delegato/Titolare effettivo

Intermediario ASSYTECH S.R.L. \_\_\_\_\_ Timbro/Firma \_\_\_\_\_

### Spazio riservato alla Compagnia \_\_\_\_\_

Tipo verifica sul nominativo: ☐ WCL ☐ Altro \_\_\_\_\_

Esito delle verifiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPLETARE, DATARE, FIRMARE E RISPEDIRE**

La preghiamo di indicare di seguito il recapito del suo intermediario assicurativo \_\_\_\_\_

Codice Intermediario 00384 Sottocodice \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**Identità della persona da assicurare** \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Professione** \_\_\_\_\_

Professione attuale \_\_\_\_\_

Descrizione precisa dell'attività \_\_\_\_\_

La sua professione la espone a rischi particolari? ☐ SI ☐ NO

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Esercita questa professione: ☐ in modalità stagionale ☐ in modalità occasionale ☐ All'estero - Paese: \_\_\_\_\_

**N.B. : allegare anche eventuali questionari professionali se previsti**

**Salute** \_\_\_\_\_

Altezza cm \_\_\_\_\_ Peso Kg \_\_\_\_\_

In questo momento si trova in stato di sospensione dal lavoro o sta seguendo una terapia regolare salvo che per patologie stagionali? ☐ SI ☐ NO

Nel corso degli ultimi cinque anni è stato colpito da una patologia o incidente che ha necessitato una sospensione dal lavoro o una terapia di durata superiore a 3 settimane consecutive? ☐ SI ☐ NO

Ha subito un intervento chirurgico (eccetto appendicite, tonsille, adenoidi, parto cesareo, chirurgia odontoiatrica) o è stato ricoverato per più di 24 ore? ☐ SI ☐ NO

È stato sottoposto al test di screening per la sieropositività ai virus dell'epatite (HBV, HCV) o a uno dei virus dell'immunodeficienza umana (HIV) il cui risultato si sia rivelato positivo? ☐ SI ☐ NO

Presenta un handicap (congenito o meno) o un'infermità o sequele di incidente? ☐ SI ☐ NO

È titolare, o in corso di attribuzione, di una presa in carico al 100% da parte del suo regime previdenziale obbligatorio per una patologia di lunga durata, di una rendita per incapacità al lavoro o di una pensione d'invalidità? ☐ SI ☐ NO

È sottoposto o è stato in passato sottoposto a chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia o terapia con Interferone? ☐ SI ☐ NO

Deve essere ricoverato, essere sottoposto a esami medici o è in attesa dei risultati di esami medici? ☐ SI ☐ NO

Nel corso degli ultimi 5 anni, è stato sottoposto a esami medici i cui risultati presentavano delle anomalie? ☐ SI ☐ NO

**N.B. In caso di risposta positiva a una delle domande qui sopra, compilare il questionario medico.**

**Soggiorno all'estero** \_\_\_\_\_

Risiede, soggiorna o è indotto a viaggiare, a titolo professionale o con obiettivi umanitari, in paesi diversi da quelli dell'Unione Europea e di Svizzera, Stati Uniti, Giappone, Canada, Norvegia, Islanda, Australia e Nuova Zelanda? ☐ SI ☐ NO

**N.B. In caso di risposta positiva alla domanda qui sopra, compilare il questionario rischio di soggiorno.**

## Sport

1. Pratica uno sport o un'attività aerea? ☐ SI ☐ NO

**(In caso di risposta negativa è inutile rispondere alle domande da 2 a 11 qui di seguito).**

**N.B. Non dimentichi tuttavia di datare e firmare il documento.**

2. Pratica uno sport a titolo professionale? ☐ SI ☐ NO

3. Pratica uno sport automobilistico? ☐ SI ☐ NO

4. Pratica l'alpinismo o uno sport invernale (eccetto trekking ed escursioni a piedi fino a 5.000 m, sci alpino e sci di fondo amatoriale su piste segnalate)? ☐ SI ☐ NO

5. Pratica l'equitazione (eccetto in maneggio e passeggiate)? ☐ SI ☐ NO

6. Pratica uno sport legato al motociclismo (eccetto l'utilizzo come mezzo di trasporto o turismo)? ☐ SI ☐ NO

7. Pratica:

– uno sport nautico (eccetto canottaggio, carro a vela e windsurf, sci nautico, surf non competitivo)? ☐ SI ☐ NO

– la vela (eccetto navigazione entro le 12 Miglia Nautiche senza competizione)? ☐ SI ☐ NO

– uno sport motonautico (eccetto navigazione entro le 12 Miglia Nautiche con barca a motore e fuoribordo senza competizione)? ☐ SI ☐ NO

8. Pratica immersioni subacquee o la speleologia? ☐ SI ☐ NO

9. Pratica l'aviazione o un'attività aerea? ☐ SI ☐ NO

10. Pratica uno sport di combattimento o un'arte marziale (eccetto la pratica amatoriale senza competizione)? ☐ SI ☐ NO

11. Pratica la MTB (Velo Cross) in competizione o come sport estremo? ☐ SI ☐ NO

**N.B. : In caso di risposta positiva a una delle domande da 2 a 11, compilare i relativi questionari sportivi.**

Certifico che le presenti dichiarazioni, di cui mi prendo la responsabilità, sono esatte e sincere, e riconosco che qualsiasi reticenza da parte mia implica la nullità delle garanzie del contratto, la loro rescissione o riduzione in applicazione degli articoli 1439 e 1440 del Codice Civile. Accetto che il presente questionario venga comunicato all'Ufficio Gestione di AFI ESCA che potrà, se necessario, richiedermi informazioni o documentazione medica integrativa o visita medica.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della persona da assicurare \_\_\_\_\_

Trasmettere il presente questionario a mezzo di plico sigillato all'Ufficio Gestione di AFI ESCA, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano. Se si desidera accelerare il trattamento della propria pratica e se tutte le proprie risposte sono negative, è possibile inviarlo al proprio intermediario assicurativo autorizzandolo a trasmetterci il documento per posta elettronica; in questo caso, la preghiamo di completare e firmare la frase che segue: "Il sottoscritto, Sig./Sig.ra, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autorizza l'intermediario: \_\_\_\_\_

a trasmettere le mie risposte al presente questionario per via elettronica ad AFI ESCA ai fini di emettere il mio contratto conformemente ai dati figuranti nella proposta in allegato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma della persona da assicurare (preceduta dalla menzione "letto e approvato") \_\_\_\_\_

### Prima di inviare il presente questionario, verificare:

1. di aver risposto con "SI" o "NO" a tutte le domande
2. di aver firmato e datato il questionario

## Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto

Numero proposta/polizza 30437 Denominazione prodotto Vitruvio  
 Cognome e nome del Contraente \_\_\_\_\_

Gentile Cliente,

le domande che seguono sono state formulate in ottemperanza delle vigenti disposizioni normative al fine di raccogliere informazioni utili per consentire la corretta valutazione della soluzione assicurativa a Lei più adatta sulla base dei Suoi bisogni di protezione.

La mancata risposta ad uno o più quesiti potrebbe rendere difficoltosa la valutazione della conformità della soluzione a Lei proposta. E' tuttavia Sua facoltà non rilasciare queste informazioni sottoscrivendo in questa ipotesi l'apposita dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste.

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRAENTE \_\_\_\_\_

1. Stato occupazionale:

- a. Lavoratore a tempo determinato/stagionale
- b. Lavoratore a tempo indeterminato
- c. Lavoratore autonomo o imprenditore
- d. Pensionato
- e. Non occupato

2. Stato civile

- a. Coniugato o convivente senza figli
- b. Coniugato o convivente con figli
- c. Celibe/Nubile

3. Soggetti da tutelare

- a. Familiari
- b. Azienda
- c. Altro. Specificare \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE ASSICURATIVA \_\_\_\_\_

4. Segnare la o le risposte corrispondenti alla propria situazione assicurativa:

- a. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio di Decesso
- b. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio Invalidità Totale Permanente
- c. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio di Inabilità Temporanea Totale
- d. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio di Perdita Involontaria di Impiego
- e. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio di Ricovero Ospedaliero
- f. Possiedo altre polizze assicurative a copertura del rischio di Malattie Gravi
- g. Non possiedo alcuna polizza assicurativa per i rischi sopra citati

### INFORMAZIONI RELATIVE AI BISOGNI DELL'ASSICURATO E ALLE SUE ASPETTATIVE \_\_\_\_\_

5. Quali sono i bisogni che intende assicurare con la sottoscrizione della presente proposta?

- a. Rischio morte
- b. Rischio Invalidità
- c. Rischio Inabilità Temporanea Totale
- d. Rischio perdita involontaria d'impiego
- e. Rischio Ricovero Ospedaliero
- f. Rischio di Malattie Gravi
- g. Altro, specificare: \_\_\_\_\_

6. Il rischio che intende assicurare è per una durata:

- a. Inferiore a 5 anni
- b. Tra 5 e 10 anni
- c. Superiore a 10 anni

7. Il contratto deve soddisfare obblighi contrattuali (Es. richiesto dalla Banca)

☐ SI

☐ NO

8. Sono state bene comprese le seguenti caratteristiche:

- a. Esclusioni e/o limitazioni delle garanzie
- b. Periodi di carenza e/o di franchigia
- c. Termini e modalità per l'esercizio del diritto di recesso
- d. Durata e scadenza delle singole coperture

☐ SI

☐ NO

☐ SI

☐ NO

☐ SI

☐ NO

☐ SI

☐ NO

9. Il premio è coerente con la sua disponibilità di spesa

☐ SI

☐ NO

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di leggi in materia di dichiarazioni false e mendaci, dichiara di aver risposto in modo veritiero al presente questionario. Il sottoscritto riconosce che le dichiarazioni rilasciate sono da intendersi esatte e veritiere anche qualora fossero state compilate dall'intermediario su mia indicazione e me ne assumo la piena responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto dichiara di NON voler fornire le informazioni richieste nella consapevolezza che ciò pregiudichi la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative e me ne assumo la piena responsabilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

#### ESITO DELLA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA (Da compilarsi a cura dell'intermediario)

Sulla base dell'analisi delle esigenze espresse dal Contraente e a seguito delle risposte riportate nel presente questionario, l'intermediario DICHIARA:

- a. Di ritenere l'offerta assicurativa **ADEGUATA** alle esigenze assicurative del cliente;

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

- b. Di ritenere l'offerta assicurativa **NON adeguata** per i seguenti motivi:

---

---

---

L'assicurato dichiara di voler sottoscrivere l'offerta assicurativa nonostante NON risulti adeguata alle proprie esigenze.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

Nome dell'intermediario (in stampatello)

\_\_\_\_\_ Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_