



**AG2R LA MONDIALE**  
La Mondiale Europartner

# PRESTIGIO EVOLUTION



## Modulo di Proposta

(Persone Fisiche, Fiduciarie per conto di Persone Fisiche,  
Persone Giuridiche e Società Semplici)

Il presente Modulo di proposta deve essere debitamente compilato, datato, firmato e accompagnato dal “Modulo di Primo Contatto” e dagli altri documenti necessari alla sottoscrizione di una polizza Prestigio Evolution (cfr. modulo “Documenti da Allegare”).

La sottoscrizione di una polizza Prestigio Evolution è condizionata all'accettazione preventiva della Compagnia.

Salvo indicazione contraria, il maschile comprende il femminile e viceversa, inoltre “Contraente” designa indifferentemente “il Contraente o i Contraenti”.

Numero della polizza (se esistente):

.....

Commenti dell'Intermediario:

# IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

## Contraente Persona fisica

### CONTRAENTE N°1

Sig.  Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita:

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

Altre nazionalità: .....

#### Indirizzo di residenza fiscale:

.....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal:

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

#### Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):

.....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal:

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

#### Situazione familiare

Sposato. Se sì, si prega di indicare il regime patrimoniale:

Regime di comunione dei beni

Regime di separazione dei beni

Altro

Celibe/nubile  Convivente  Unito civilmente

Vedovo  Divorziato/separato

Nome e cognome del marito/moglie:

.....

Persone a carico:  0  1  2  3 e più

### CONTRAENTE N°2

Sig.  Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita:

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

Altre nazionalità: .....

#### Indirizzo di residenza fiscale:

.....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal:

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

#### Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):

.....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal:

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

#### Situazione familiare

Sposato. Se sì, si prega di indicare il regime patrimoniale:

Regime di comunione dei beni

Regime di separazione dei beni

Altro

Celibe/nubile  Convivente  Unito civilmente

Vedovo  Divorziato/separato

Nome e cognome del marito/moglie:

.....

Persone a carico:  0  1  2  3 e più

# MODULO DI PROPOSTA - PRESTIGIO EVOLUTION

## Polizza vita multiramo

### CONTRAENTE N°1

#### Attività professionale

- In attività  
 Lavoratore Dipendente  Lavoratore Autonomo

Professione: .....

Mansione: .....

Dal: | | | | | | | | | |

Datore di lavoro: .....

Settore di attività: .....

Indirizzo del datore di lavoro: .....

- Pensionato

Dal: | | | | | | | | | |

Descrizione dell'ultima attività professionale

Nome della società: .....

Paese: .....

Mansione: .....

Settore di attività: .....

Il Contraente esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

- Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: .....

Organizzazione internazionale (nome e funzione): .....

Il Contraente esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

- Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta .....

Il Contraente è tuttora in funzione:

- Sì  No Se no, dal: | | | | | | | | | |

### CONTRAENTE N°2

#### Attività professionale

- In attività  
 Lavoratore Dipendente  Lavoratore Autonomo

Professione: .....

Mansione: .....

Dal: | | | | | | | | | |

Datore di lavoro: .....

Settore di attività: .....

Indirizzo del datore di lavoro: .....

- Pensionato

Dal: | | | | | | | | | |

Descrizione dell'ultima attività professionale

Nome della società: .....

Paese: .....

Mansione: .....

Settore di attività: .....

Il Contraente esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

- Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: .....

Organizzazione internazionale (nome e funzione): .....

Il Contraente esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

- Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta .....

Il Contraente è tuttora in funzione:

- Sì  No Se no, dal: | | | | | | | | | |

Da compilare in caso di esecuzione per sottoscrizione di un minore o persona sottoposta a tutela/curatela/amministrazione di sostegno

**per conto di una persona fisica terza**

- intestataria
- cointestataria

**in qualità di** (in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno, allegare copia del provvedimento del giudice e dell'atto di accettazione):

- genitore esercente la responsabilità genitoriale
- curatore
- tutore
- amministratore di sostegno
- Altro (specificare)

**della quale dichiara le generalità:**

Cognome e nome: .....

Nato/a il: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] a: .....

Residente a: ..... Prov.: ..... CAP: .....

Indirizzo di residenza fiscale: .....

Nazionalità: ..... Codice fiscale: .....

E-mail: ..... N. telefono: .....

Indirizzo di corrispondenza (se diverso da quello di residenza): .....

Città: ..... CAP: ..... Paese: .....

Tipo documento di identità:  Carta d'identità  Passaporto

N. .... Rilasciato da: .....

Luogo: ..... Data rilascio: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data scadenza: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**In caso di sottoscrizione di un minore, si prega di compilare le generalità dell'altro genitore:**

Cognome e nome: .....

Nato/a il: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] a: .....

Residente a: ..... Prov.: ..... CAP: .....

Indirizzo di residenza fiscale: .....

Nazionalità: ..... Codice fiscale: .....

E-mail: ..... N. telefono: .....

Indirizzo di corrispondenza (se diverso da quello di residenza): .....

Città: ..... CAP: ..... Paese: .....

Tipo documento di identità:  Carta d'identità  Passaporto

N. .... Rilasciato da: .....

Luogo: ..... Data rilascio: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Data scadenza: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

Contraente:  Fiduciaria per conto di una Persona fisica,  Società Semplice  Persona giuridica

ATTENZIONE: La sottoscrizione della polizza da parte di una Persona giuridica o di una Società Semplice è sottoposta all'accettazione preliminare della Compagnia.

Denominazione giuridica/Ragione sociale: .....

Forma giuridica: .....

Data di costituzione: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sede legale (indirizzo fiscale): .....

CAP: ..... Città: ..... Prov.: ..... Stato: .....

Oggetto sociale: .....

Sede amministrativa (se diversa dalla sede legale): .....

CAP: ..... Città: ..... Prov.: ..... Stato: .....

Partita IVA: .....

Numero di telefono: .....

Indirizzo e-mail: .....

Titolari effettivi (indicare nome, cognome e la % delle quote detenute):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Identità** Sig.  Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: 

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

Altre nazionalità: .....

**Indirizzo di residenza fiscale:**

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal: 

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

**Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):**

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal: 

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

**Situazione familiare** Sposato Celibe/nubile Convivente Unito civilmente Vedovo Divorziato/separato

Nome e cognome del marito/moglie:

.....

Persone a carico:  0  1  2  3 e più**Identità** Sig.  Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: 

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

Altre nazionalità: .....

**Indirizzo di residenza fiscale:**

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal: 

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

**Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):**

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal: 

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

**Situazione familiare** Sposato Celibe/nubile Convivente Unito civilmente Vedovo Divorziato/separato

Nome e cognome del marito/moglie:

.....

Persone a carico:  0  1  2  3 e più

**Attività professionale** In attività Lavoratore Dipendente  Lavoratore Autonomo

Professione: .....

Mansione: .....

Dal: 

Datore di lavoro: .....

Settore di attività: .....

Indirizzo del datore di lavoro: .....

 PensionatoDal: 

Descrizione dell'ultima attività professionale

Nome della società: .....

Paese: .....

Mansione: .....

Settore di attività: .....

Il Rappresentante esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

 Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: .....

Organizzazione internazionale (nome e funzione): .....

Il Rappresentante esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

 Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta: .....

Il Rappresentante è tuttora in funzione:

 Sì  No Se no, dal: **Attività professionale** In attività Lavoratore Dipendente  Lavoratore Autonomo

Professione: .....

Mansione: .....

Dal: 

Datore di lavoro: .....

Settore di attività: .....

Indirizzo del datore di lavoro: .....

 PensionatoDal: 

Descrizione dell'ultima attività professionale

Nome della società: .....

Paese: .....

Mansione: .....

Settore di attività: .....

Il Rappresentante esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

 Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: .....

Organizzazione internazionale (nome e funzione): .....

Il Rappresentante esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

 Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta: .....

Il Rappresentante è tuttora in funzione:

 Sì  No Se no, dal:



## MODULO DI PROPOSTA - PRESTIGIO EVOLUTION

### Polizza vita multiramo

IDENTITÀ DEGLI AMMINISTRATORI (DA COMPILARE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA E SOCIETÀ SEMPLICE)

**Nome e cognome:** .....

Data e luogo di nascita: .....

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN): .....

Indirizzo di residenza: .....

Paese di residenza fiscale: .....

Posizione/potere di firma: .....

Documento d'identità:  Carta d'identità  Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

Numero del documento: .....

**Nome e cognome:** .....

Data e luogo di nascita: .....

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN): .....

Indirizzo di residenza: .....

Paese di residenza fiscale: .....

Posizione/potere di firma: .....

Documento d'identità:  Carta d'identità  Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

Numero del documento: .....

**Nome e cognome:** .....

Data e luogo di nascita: .....

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN): .....

Indirizzo di residenza: .....

Paese di residenza fiscale: .....

Posizione/potere di firma: .....

Documento d'identità:  Carta d'identità  Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

Numero del documento: .....

**Nome e cognome:** .....

Data e luogo di nascita: .....

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN): .....

Indirizzo di residenza: .....

Paese di residenza fiscale: .....

Posizione/potere di firma: .....

Documento d'identità:  Carta d'identità  Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .....

Numero del documento: .....

## IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURATO

ATTENZIONE: Per i casi di sottoscrizione Fiduciaria per conto di Persona fisica, l'Assicurato è il Fiduciante.  
Per i casi di sottoscrizione Persona fisica, Contraente ed Assicurato devono coincidere.  
Per i casi di sottoscrizione Persona giuridica o Società Semplice, l'Assicurato è una Key Person/Socio della società.

### ASSICURATO N°1

Sig.     Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Professione: .....

Amministratore Unico\*

Amministratore Delegato\*

Presidente del Consiglio\*

Altro\* .....

Data di nascita:

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

#### Indirizzo di residenza fiscale:

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal:

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

#### Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal:

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

#### LEGAME CON IL CONTRAENTE N°1/2:

.....

### ASSICURATO N°2

Sig.     Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Professione: .....

Amministratore Unico\*

Amministratore Delegato\*

Presidente del Consiglio\*

Altro\* .....

Data di nascita:

Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

#### Indirizzo di residenza fiscale:

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Dal:

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN):

.....

#### Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale):

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Dal:

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

#### LEGAME CON IL CONTRAENTE N°1/2:

.....

\* esclusivamente per Persona giuridica o Società Semplice

## INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

Tutte le comunicazioni relative alla presente polizza devono essere inviate al seguente indirizzo (un solo indirizzo):

- Indirizzo di residenza fiscale già menzionato  
 Indirizzo del domicilio (se diverso dall'indirizzo fiscale):  
 Altro indirizzo

Città: ..... CAP: .....

Paese: .....

Indicare il motivo\*: .....

\*Da compilare solo se l'indirizzo di corrispondenza è diverso dall'indirizzo fiscale/sede legale o del domicilio oppure in caso di Paese di residenza diverso da quello della residenza fiscale/sede legale del Contraente.

**L'invio della corrispondenza a un indirizzo diverso da quello del Contraente equivale all'invio al Contraente. La Compagnia si riserva comunque la possibilità d'inviare alcuni documenti all'indirizzo fiscale del Contraente.**

**In mancanza di indicazione, l'indirizzo di corrispondenza sarà l'indirizzo di residenza fiscale del Contraente.**

## DURATA DELLA POLIZZA

La presente polizza è un contratto a vita intera che si estingue con il decesso dell'Assicurato, il recesso, la richiesta di riscatto totale o con l'esaurimento del controvalore della polizza dovuto ai costi.

## INVESTIMENTO

### Versamento iniziale

#### Divisa di versamento:

EUR  USD  GBP  CHF  ..... (altra divisa, con riserva d'accettazione da parte della Compagnia)

**Importo totale versato:** .....

(Minimo 250.000 € sulla polizza al netto dei costi gravanti sul premio e di tutte le tasse applicabili ove applicabili o equivalente in un'altra divisa. Il Contraente deve, inoltre, possedere un patrimonio mobiliare netto di 250.000 €).

**Costi gravanti sul premio (%):** .....

### Dettaglio del pagamento:

#### Banca

- Nome: .....

- Indirizzo: .....

- Causale del bonifico: .....

#### Bonifico:

- Codice IBAN: .....

- Titolare del conto addebitato: .....

## INVESTIMENTO (SEGUITO)

### Titolare del conto corrente di provenienza del bonifico (se diverso dal Contraente):

Parente del Contraente di 2° grado (massimo)

Nome e cognome: .....

Legame con il Contraente: .....

Altro: .....

Motivo (Allegare i documenti giustificativi): .....

Il pagamento del premio si realizza mediante bonifico bancario a favore della Compagnia sul c/c intestato a "La Mondiale Europartner S.A. – Sede Secondaria" presso la banca Société Générale Securities Services S.p.A. ai seguenti IBAN:  
Gli IBAN sono costituiti da 27 caratteri, si prega di assicurarsi di riprendere l'intero numero.

Divisa	IBAN	BIC
EUR	IT63Y0330701719000000029868	TWOSITMM
USD	IT59T0330701719000000029871	TWOSITMM
GBP	IT82S0330701719000000029870	TWOSITMM
CHF	IT40Z0330701719000000029869	TWOSITMM

### Allocazione del versamento iniziale

#### FONDO IN EURO O IN ALTRE DIVISE

Fondi espressi in euro o altre divise	Fondo in EUR	..... (Importo o %)
	Fondo in USD	..... (Importo o %)
	Fondo in GBP	..... (Importo o %)
	Fondo in CHF	..... (Importo o %)
Altri fondi	.....	..... (Importo o %)
	.....	..... (Importo o %)

#### FONDI INTERNI

(Compilare il Modulo Fondo interno dedicato/Modulo Fondo interno collettivo. Si prega di compilare un modulo per Fondo)

Fondi interni dedicati	Fondo interno dedicato 1	..... (Importo o %)
	Fondo interno dedicato 2	..... (Importo o %)
Fondi interni collettivi	Fondo interno collettivo 1	..... (Importo o %)
	Fondo interno collettivo 2	..... (Importo o %)

#### FONDI ESTERNI

Nome	ISIN	
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)
.....	.....	..... (Importo o %)

**IL TOTALE DEVE ESSERE UGUALE A 100%**

## INVESTIMENTO (SEGUITO)

### Divisa di comunicazione della polizza

La divisa di comunicazione è la divisa in cui è denominato il valore di riscatto della polizza.

EUR    USD    GBP    CHF    ..... (altra divisa, con riserva d'accettazione da parte della Compagnia)

### Costi annuali di gestione amministrativa della polizza

#### GESTIONE INTERNA SEPARATA (GIS)

Fondo in EUR: ..... % annuo del controvalore  
Fondo in USD: ..... % annuo del controvalore  
Fondo in GBP: ..... % annuo del controvalore  
Fondo in CHF: ..... % annuo del controvalore  
Altri fondi: ..... **Compilare il Modulo di sottoscrizione specifico**

#### SUPPORTI ESPRESSI IN QUOTE

Fondi esterni: ..... % annuo del controvalore  
FIC: **Compilare il Modulo Fondo interno collettivo**  
FID: **Compilare il Modulo Fondo interno dedicato**

## BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

### Persona giuridica o Società Semplice

ATTENZIONE: In deroga all'Art.9 delle Condizioni di assicurazione, la clausola beneficiaria è irrevocabile ed il Beneficiario in caso di decesso è la Persona giuridica medesima.

Il Contraente (Denominazione giuridica/Ragione sociale): .....

**Il Beneficiario in caso di decesso è la Persona giuridica medesima.**

Se gli assicurati sono due, il pagamento della polizza deve avvenire al:  1° decesso  2° decesso

In mancanza di una scelta, il pagamento della polizza avviene al 1° decesso.

### Persona fisica o Fiduciaria su istruzione di una Persona fisica

La designazione del Beneficiario può essere fatta per testamento.

Quando il Beneficiario viene individuato nominativamente, i suoi dati devono essere forniti e saranno utilizzati dalla Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato. Il Contraente può modificare la clausola beneficiaria in qualsiasi momento nei limiti previsti all'Art. 9 del Set informativo. La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

**Dal momento in cui la Compagnia ha ricevuto dal Contraente, per iscritto, la rinuncia al potere di revoca del Beneficiario e la dichiarazione del Beneficiario di voler profittare del beneficio, le operazioni di riscatto totale o parziale, switch, pegno, modifica di Beneficiario e cessione della polizza devono essere validate anche dal Beneficiario irrevocabile.**

Un'esauritiva compilazione del profilo del Beneficiario in caso di decesso permette alla Compagnia l'esatta identificazione del destinatario del pagamento della polizza.

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.

Se il Contraente è una Fiduciaria che agisce su istruzione del Fiduciante e la clausola beneficiaria desiderata non rientra tra quelle di seguito proposte, si prega di rivolgersi alla Compagnia.

Il Contraente/la Fiduciaria che agisce su istruzione del Fiduciante sceglie come Beneficiario in caso di decesso:

Cognome:	.....	.....
Nome:	.....	.....
Data di nascita:	.....	.....
Luogo di nascita:	.....	.....
Indirizzo:	.....	.....
indirizzo e-mail:	.....	.....
Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN /Partita IVA):	.....	.....
Legame con il Contraente:	Familiare – si prega di specificare ..... Altro – si prega di specificare .....	Familiare – si prega di specificare ..... Altro – si prega di specificare .....
Persona politicamente esposta ("PEP"):	Il Beneficiario esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/ vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Tipo di mandato: ..... Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: ..... Organizzazione internazionale (nome e funzione): ..... Il Beneficiario esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Il Beneficiario esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/ vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Tipo di mandato: ..... Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: ..... Organizzazione internazionale (nome e funzione): ..... Il Beneficiario esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta:

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta:

Il Beneficiario è tuttora in funzione:

Sì  No

Se no, dal: \_\_\_\_\_

Il Beneficiario è tuttora in funzione:

Sì  No

Se no, dal: \_\_\_\_\_

% del capitale:

..... %

..... %

In caso di premorienza del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi del Beneficiario in parti uguali.

In caso di premorienza del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi del Beneficiario in parti uguali.

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Indirizzo:

indirizzo e-mail:

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN /Partita IVA):

Legame con il Contraente:

Familiare – si prega di specificare

Familiare – si prega di specificare

Altro – si prega di specificare

Altro – si prega di specificare

Persona politicamente esposta ("PEP"):

Il Beneficiario esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/ vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato:

Il Beneficiario esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/ vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, "PEP"?

Sì  No

Tipo di mandato: .....

Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato:

Organizzazione internazionale (nome e funzione):

Organizzazione internazionale (nome e funzione):

Il Beneficiario esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta:

Il Beneficiario esercita o ha esercitato una carica pubblica inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?

Sì  No

Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta:

Il Beneficiario è tuttora in funzione:

Sì  No

Se no, dal: \_\_\_\_\_

Il Beneficiario è tuttora in funzione:

Sì  No

Se no, dal: \_\_\_\_\_

% del capitale:

..... %

..... %

In caso di premorienza del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi del Beneficiario in parti uguali.

In caso di premorienza del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi del Beneficiario in parti uguali.

- Il coniuge del Contraente/Fiduciante purché non coinvolto in una procedura di separazione né separato giudiziarmente; in difetto i suoi figli, nati o nati, viventi o rappresentati, in parti uguali; in difetto, i suoi ascendenti in parti uguali o il sopravvissuto fra di loro; in difetto, i suoi eredi legittimi in parti uguali.
- Clausola beneficiaria dettagliata su carta libera allegata. In mancanza di clausola beneficiaria dettagliata su carta libera allegata, gli eredi legittimi del Contraente in parti uguali individuati tra i chiamati all'eredità.
- Gli eredi legittimi del Contraente/Fiduciante in parti uguali individuati tra i chiamati all'eredità.
- Gli eredi testamentari, in parti uguali. In mancanza di testamento, i beneficiari sono gli eredi legittimi del Contraente/Fiduciante in parti uguali individuati tra i chiamati all'eredità.

**In mancanza della scelta della clausola beneficiaria:** il coniuge del Contraente/Fiduciante purché non coinvolto in una procedura di separazione né separato giudiziarmente; in difetto i suoi figli, nati o nati, viventi o rappresentati, in parti uguali; in difetto, i suoi ascendenti in parti uguali o il sopravvissuto fra di loro; in difetto, i suoi eredi legittimi in parti uguali.

### Referente terzo

(da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza; se indicato, la Compagnia potrà fare riferimento a tale referente terzo in caso di decesso dell'Assicurato)

Sig.     Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Professione: .....

Data di nascita:             Città di nascita: .....

Paese di nascita: .....

Nazionalità: .....

Altre nazionalità: .....

Indirizzo di residenza fiscale: .....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: Italia

Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale): .....

.....

CAP: ..... Città: .....

Paese: .....

Telefono del domicilio: .....

Indirizzo e-mail: .....

Numero d'identificazione fiscale (Codice fiscale/NIF/TIN): .....

.....

LEGAME CON IL CONTRAENTE N°1/2: .....



## GARANZIE IN CASO DI DECESSO

Tutte le garanzie possono essere scelte per qualsiasi Assicurato di età superiore ai dodici (12) anni ed inferiore a settantacinque (75) anni compiuti al momento della sottoscrizione.

### Scelta dell'opzione\*:

**Opzione 1:** Garanzia di capitale premio netto

**Opzione 2:** Garanzia di capitale importo libero

Importo: ..... , divisa: ..... (definire l'importo fisso del capitale decesso tenendo conto dei massimi indicati qui sotto)

- massimo 4 volte il controvalore della polizza per un Assicurato di età inferiore a 35 anni;
- massimo 3 volte il controvalore della polizza per un Assicurato di età inferiore a 45 anni;
- massimo 2 volte il controvalore della polizza per un Assicurato di età inferiore a 55 anni;
- massimo 1,5 volte il controvalore della polizza per un Assicurato di età inferiore a 65 anni;
- massimo 1,2 volte il controvalore della polizza per un Assicurato di età inferiore a 75 anni.

Se la polizza prevede due assicurati e si sceglie che il pagamento della polizza debba avvenire al primo decesso, si considera l'età dell'Assicurato più anziano, nel caso in cui si scelga che il pagamento della polizza debba avvenire al secondo decesso, si considera l'età dell'Assicurato più giovane.

**Opzione 3:** Garanzia incrementata tramite importo

Importo: ..... , divisa: ..... (definire l'importo fisso che aumenta il controvalore della polizza)

**Opzione 4:** Garanzia incrementata tramite percentuale

Incremento del controvalore del: ..... %

**Opzione 5:** Garanzia degressiva

In mancanza della scelta di una garanzia decesso, alla polizza viene applicata la garanzia degressiva.

Le garanzie incrementate e di capitale vengono trasformate in garanzia degressiva al compimento del settantacinquesimo (75°) anno d'età dell'Assicurato. In caso di due assicurati, tale trasformazione avviene al compimento del settantacinquesimo (75°) anno d'età dell'Assicurato più anziano se il pagamento viene effettuato al primo decesso e al compimento del settantacinquesimo (75°) anno d'età dell'Assicurato più giovane se il pagamento viene effettuato al secondo decesso.

### Formalità mediche:

Il Contraente è informato che, quando previsto, i documenti riguardanti le formalità mediche verranno sottoposti all'accettazione da parte della Compagnia (Questionario medico e i documenti giustificativi).

\* Riferirsi all'articolo 26 al capoverso «Esclusioni» delle Condizioni di assicurazione.

## RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono raccolti e trattati da La Mondiale Europartner S.A., Compagnia di assicurazione, membro di AG2R LA MONDIALE, ai fini della stipula, della gestione e dell'esecuzione della polizza assicurativa, dell'esecuzione delle disposizioni legali, normative e amministrative, fra cui la lotta contro il riciclaggio di denaro ed il finanziamento del terrorismo, o dell'analisi dei dati, nell'ambito degli obblighi di consulenza che ad essa incombono.

I dati del Contraente/Assicurato/Beneficiario/referente terzo sono inoltre raccolti e trattati per perseguire gli interessi legittimi di protezione e di sviluppo delle attività della Compagnia e il miglioramento continuo dei prodotti e servizi offerti ai clienti attraverso la lotta contro la frode, che potranno portare all'iscrizione in un elenco di persone a un rischio di frode.

Se necessario, e solo dopo aver ottenuto il consenso esplicito del Contraente, La Mondiale Europartner S.A. può raccogliere dati sanitari che lo riguardano, quando è sottoscritta una garanzia opzionale in caso di decesso che richiede l'espletamento di formalità mediche.

Nell'ambito delle operazioni di trattamento, il Contraente/Assicurato/Beneficiario/referente terzo autorizza La Mondiale Europartner S.A. a comunicare tali dati ai servizi in relazione con lo stesso e gli aventi diritto, ai membri di AG2R LA MONDIALE, a terzi, partner, intermediari assicurativi, mandatari, assicuratori e riassicuratori impegnati nella realizzazione delle finalità summenzionate, ai professionisti del settore finanziario o assicurativo, nonché agli organismi cui la Compagnia è legalmente tenuta a comunicare tali dati, secondo le modalità e condizioni fissate nell'articolo 300 della legge lussemburghese modificata del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo, che regola il segreto professionale in materia di assicurazioni e/o in conformità con i mandati ricevuti.

Il Contraente potrà inoltre autorizzare la Compagnia a comunicare determinati dati a qualsiasi soggetto terzo, mediante l'apposita "Autorizzazione".

Il Contraente/Assicurato/Beneficiario/referente terzo dispone di diversi diritti, fra cui quello di richiedere l'accesso ai dati che lo riguardano o di opporsi all'esecuzione di un trattamento.

Tali diritti possono essere esercitati inviando una lettera corredata da un giustificativo di identità a La Mondiale Europartner S.A., all'attenzione del Delegato alla protezione dei dati, 23, Z.A. Bourmicht, L-8070 Bertrange (Lussemburgo) o tramite e-mail a [dpo@lamondiale.lu](mailto:dpo@lamondiale.lu).

Per sapere di più sulla politica di protezione dei dati personali di La Mondiale Europartner S.A.:  
<http://www.lamondiale.lu/it/mentions-legales>.



## FIRMA

**In qualità di Contraente, dichiaro che tutte le dichiarazioni contenute in questo Modulo di proposta sono veritiere.**

**Riconosco di aver ricevuto prima della conclusione della polizza un esemplare del Set Informativo del prodotto Prestigio Evolution composto da:**

- KID (Key Information Document);
- DIP aggiuntivo IBIP;
- Glossario;
- Condizioni di assicurazione;
- Allegato Informazioni Finanziarie ove sono descritte le caratteristiche principali dei vari supporti d'investimento e l'elenco dei Fondi esterni disponibili.

**Dichiaro di accettare integralmente il contenuto delle Condizioni di assicurazione e del presente Modulo di proposta.**

**Dichiaro di accettare e di comprendere tutti i suddetti documenti redatti in lingua italiana nonché il loro contenuto.**

Dichiaro di aver preso conoscenza entro i termini utili, in fase di sottoscrizione, dei KID (Key Information Document) relativi sia alla polizza che ai supporti d'investimento da me scelti, disponibili sul sito de La Mondiale Europartner all'indirizzo [www.lamondiale.lu](http://www.lamondiale.lu) o consegnati gratuitamente in versione cartacea dal mio consulente, secondo la mia scelta:

Scelgo di consultare i KID direttamente sul sito internet de La Mondiale Europartner e indico il mio indirizzo e-mail come prova per poter accedere regolarmente a Internet: .....@.....

O

Scelgo di ricevere i KID in versione cartacea nonostante sia stato informato che essi sono reperibili sul sito internet de La Mondiale Europartner.

### Accettazione espressa

**Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342, comma 2, del codice civile, dichiaro di aver esaminato e di accettare espressamente le seguenti clausole delle Condizioni generali di assicurazione:**

- Articolo 1 - Oggetto del Contratto
- Articolo 2 - Diritto applicabile, foro competente e regime fiscale
- Articolo 6 - Conclusione, decorrenza e durata del Contratto
- Articolo 10 - Diritto di revoca e di recesso
- Articolo 16 - Cambio
- Articolo 23 - Attivi non agevolmente liquidabili
- Articolo 25 - Capitale decesso garantito
- Articolo 32 - Costi

Accetto e riconosco che prima di richiedere uno switch e/o un riscatto è necessario attendere il termine del periodo di recesso e la ricezione delle Condizioni di polizza datate e firmate. In caso di non ricezione, da parte della Compagnia, delle Condizioni di polizza datate e firmate entro sessanta (60) giorni dalla data di conclusione della polizza, la Compagnia si riserva il diritto di procedere allo switch dell'investimento verso un supporto monetario.

Accetto e riconosco la tariffa della garanzia decesso.

Dichiaro di accettare integralmente il contenuto dell'articolo 26 al capoverso «Esclusioni» delle Condizioni di assicurazione.

Accetto e riconosco di poter recedere dalla polizza, mediante invio alla Compagnia di una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, utilizzando il modello indicato nelle Condizioni di assicurazione, entro trenta (30) giorni a far data dal momento in cui sono informato della conclusione della polizza (Indirizzo della Sede Secondaria: Foro Buonaparte 12, 20121 Milano (MI) Italia).

Confermo di essere consapevole del rischio legato all'investimento nei mercati finanziari previsto dalla presente polizza, rischio supportato esclusivamente da me.

Conformemente al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito, "Regolamento generale sulla protezione dei dati") e al decreto legislativo italiano del 30 giugno 2003 n. 196 ("Codice in materia dei dati personali"), autorizza La Mondiale Europartner S.A. a registrare e trattare i dati che ha trasmesso e trasmetterà in seguito, ai fini di valutare i rischi, preparare, stabilire, gestire ed eseguire la polizza di assicurazione, liquidare i sinistri e prevenire qualsiasi frode.

**Il Contraente in qualità di Persona giuridica e/o Società Semplice è soggetto a diritti ed obblighi, in particolare ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia tutte le variazioni che potrebbero rendere errate le informazioni dichiarate. Inoltre alcuni paragrafi del Set informativo sono modificati o non si applicano alle Persone Giuridiche e/o Società Semplici.**

Di conseguenza il Contraente in qualità di Persona giuridica accetta espressamente che:

- La polizza può essere sottoscritta da un unico Contraente, in deroga al Glossario delle Condizioni di assicurazione – Definizione “Contraente”.
- Se la Persona giuridica ha un oggetto commerciale, l'investimento dovrà essere investito unicamente in quote di supporti espressi in quote. Di conseguenza l'investimento in Fondo in euro o altre divise non è autorizzato, in deroga agli articoli relativi ai supporti d'investimento delle Condizioni di Assicurazione.
- Gli artt. 3 e 4 dell'“Allegato relativo al regime fiscale applicabile ad un Contraente residente fiscalmente in Italia” sono gli unici applicabili per le Persone Giuridiche quindi le somme corrisposte sono liquidate al lordo, salvo applicazione dell'imposta di bollo.
- In deroga al Glossario – Definizione “Contraente” – e all'Art.9 delle Condizioni di assicurazione, la clausola beneficiaria è irrevocabile ed il Beneficiario in caso di decesso è la Persona giuridica medesima.

Di contro, il Contraente in qualità di Società Semplice accetta espressamente che:

- La polizza può essere sottoscritta da un unico Contraente, in deroga al Glossario delle Condizioni di assicurazione – Definizione “Contraente”.
- Se la Società ha un oggetto commerciale, l'investimento dovrà essere investito unicamente in quote di supporti espressi in quote. Di conseguenza l'investimento in Fondo in euro o altre divise non è autorizzato, in deroga agli articoli relativi ai supporti d'investimento delle Condizioni di Assicurazione.
- In deroga al Glossario – Definizione “Contraente” – e all'Art.9 delle Condizioni di assicurazione, la clausola beneficiaria è irrevocabile ed il Beneficiario in caso di decesso è la Persona giuridica medesima.

Il Contraente dichiara ai sensi dell'adeguata verifica nel Modulo di proposta:

- di essere consapevole delle responsabilità previste dal D.lgs. 231/2007 e delle successive modifiche;
- che le informazioni riportate nel Modulo di proposta sono corrette, complete ed aggiornate;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione circa le informazioni riportate.
- di autorizzare l'Intermediario a comunicare a La Mondiale Europartner S.A. tutte le informazioni necessarie al fine di adempiere agli obblighi di Adeguata Verifica.

Il Contraente dichiara inoltre di aver fornito, sotto la sua responsabilità, tutte le informazioni necessarie ed aggiornate a consentire l'adempimento degli obblighi di Adeguata Verifica della clientela e di valutazione del rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Il Contraente autorizza la raccolta e l'uso dei miei dati personali, ivi compresi i dati sanitari, nell'ambito della gestione della mia polizza di assicurazione.

#### MODELLO DI LETTERA DI RECESSO

«Io sottoscritto (nome e cognome) ..... residente a  
(indirizzo) .....  
dichiaro espressamente di recedere dalla polizza ..... e richiedo quindi il relativo rimborso sul mio  
conto IBAN n° .....  
Luogo ..... , il ..... (data)».

Luogo ..... , data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL CONTRAENTE N°1\*  
(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")

---

---

---

FIRMA DEL CONTRAENTE N°2\*  
(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")

---

---

---

FIRMA DELL'ASSICURATO N.1  
(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")

---

---

---

FIRMA DELL'ASSICURATO N.2  
(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")

---

---

---

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO + TIMBRO  
(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")

---

---

---

Confermo che tutte le informazioni comunicate all'interno del presente documento sono corrette  
(codice partner + polo di gestione + timbro + sede + ufficio)

---

\*Firma del/dei Contraente/i e/o del rappresentante legale del Contraente.

**Una copia per ogni Parte della polizza. La documentazione è stata firmata:**

in sede  fuori sede

## DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO

### Incaricato:

Cognome e nome dell'incaricato: .....  
(se diverso dalla persona che ha raccolto la sottoscrizione)

Confermo che tutte le informazioni comunicate in questo documento sono conformi alla mia conoscenza del cliente e tutte le informazioni raccolte come incaricato dell'adeguata verifica tramite il Modulo di proposta, numero di proposta ..... sottoscritto da ..... in data 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

In qualità di soggetto incaricato da La Mondiale Europartner S.A. - Sede secondaria all'identificazione e alla verifica dell'identità del cliente e del Titolare effettivo, dichiaro di essere consapevole delle responsabilità previste dal d.lg. 231/2007 e delle successive modifiche e di aver proceduto ai sensi della normativa di riferimento, all'identificazione e alla verifica dell'identità del cliente e del titolare effettivo, il cui adempimento ricade sotto la mia responsabilità. Il cliente ha compilato il Modulo di proposta ed ha apposto le firme in mia presenza.

Numero di allegato/i: .....

Luogo ....., data 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

### FIRMA DELL'INTERMEDIARIO + TIMBRO

(Preceduta/e dalla dicitura "Letto e Approvato")