



AG2R LA MONDIALE
La Mondiale Europartner

**PRESTIGIO
PROTECTION**

—

MODULO DI PROPOSTA

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Di seguito sono elencati tutti i documenti necessari per creare un dossier completo.

Tale elenco potrebbe non essere esaustivo, pertanto la Compagnia è autorizzata a richiedere qualsiasi altro documento complementare che dovesse ritenere utile per il completamento del dossier.

ATTENZIONE: Saranno analizzati solo i Moduli di Proposta debitamente compilati, firmati e contenenti tutte le informazioni richieste.

I documenti da trasmettere alla Compagnia sono i documenti elencati di seguito.

PER TUTTE LE SOTTOSCRIZIONI

DOCUMENTI DA TRASMETTERE ALLA COMPAGNIA	NUMERO DI COPIE	CONFERMA D'INVIO
Modulo di Proposta compilato e firmato dal Contraente e dall'Intermediario che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Rapporto riservato all'Intermediario firmato dalla persona che ha raccolto la sottoscrizione per conto dell'Intermediario	1	
Questionario medico compilato e firmato dal medico secondo le dichiarazioni dell'Assicurato che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Copia dei documenti di identità (leggibile e con foto chiara) in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato	1	
Origine dei premi: documento emesso dalla banca contenente le informazioni del conto corrente (<i>titolare e numero</i>) dal quale viene pagato il premio indipendentemente dall'importo	1	
Allegato 1 - Mandato di comunicazione compilato e firmato dal mandante che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Allegato 4 - Questionario Finanziario Generico (A) compilato e firmato dall'Assicurando che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	

QUANDO IL CONTRAENTE È UNA PERSONA FISICA

DOCUMENTI DA TRASMETTERE ALLA COMPAGNIA	NUMERO DI COPIE	CONFERMA D'INVIO
Se diverso dall'Assicurato, copia del documento di identità (leggibile e con foto chiara) in corso di validità e del codice fiscale del Contraente	1	
Per capitale assicurato a partire da 2.000.000 di euro copia delle dichiarazioni dei redditi degli ultimi tre (3) anni	1	



QUANDO IL CONTRAENTE È UNA PERSONA GIURIDICA

DOCUMENTI DA TRASMETTERE ALLA COMPAGNIA	NUMERO DI COPIE	CONFERMA D'INVIO
• Estratto della camera di commercio o visura camerale o certificato camerale (<i>validità inferiore a tre (3) mesi</i>);	1	
• Registro degli azionisti con una partecipazione superiore al 25% (<i>validità inferiore a tre (3) mesi</i>);	1	
• Copia autentica dello statuto/documenti costitutivi della Società;	1	
• Copia autentica della procura che attesti i poteri di firma delle persone abilitate a rappresentare la Società (<i>che contiene lo specimen firma e i loro documenti d'identità</i>);	1	
• Stato patrimoniale e conto economico degli ultimi 2 anni;	1	
• Lista delle firme autorizzate e la copia del documento di identità (<i>leggibile e con foto chiara</i>) in corso di validità di tutti i Rappresentanti Legali ed Amministratori	1	
Allegato 2 - Altre informazioni persone giuridiche , da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte	1	
Allegato 3 - Titolare Effettivo , da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte	1 per titolare effettivo	
Copia del documento di identità (leggibile e con foto chiara) in corso di validità e del codice fiscale di ogni Titolare Effettivo	1 per titolare effettivo	
Allegato 5 - Questionario Finanziario B Copertura Aziendale (Keyman) compilato e firmato dal Rappresentante Legale che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	

Commenti dell'Intermediario:

Numero di Proposta: _____



FORMULA: Persone fisiche Key Man Associati

CONTRAENTE - PERSONA FISICA (Compilare allegati 1 e 4)

Sig. Sig.ra

Cognome: _____ Tipo di mandato: _____
Nome: _____ Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato:
Nato il: | | | | | | | | | | a: _____
Paese di nascita: _____ Organizzazione internazionale (nome e funzione):
Nazionalità: _____
Altre nazionalità: _____ Il Rappresentante è tuttora in funzione:
Indirizzo di residenza fiscale: _____ Sì No
Città: _____ CAP: _____ Se no, dal: | | | | | | | | | |
Paese: Italia
Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale): _____
Città: _____ CAP: _____ Il Contraente esercita o ha esercitato una carica pubblica
Paese: _____ inclusa nella definizione di Politico Italiano Locale (PIL)?
Numero di telefono: _____ Sì No
Indirizzo e-mail: _____ Se "Sì" specificare il tipo di carica ricoperta
Codice fiscale: _____

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

CONTRAENTE - PERSONA GIURIDICA (Compilare allegati da 1 a 5)

Denominazione giuridica/Ragione sociale: _____
Forma giuridica: _____
Data di costituzione: | | | | | | | | | |
Settore di attività: _____ Numero di dipendenti: _____ di cui _____ dirigenti
Sede legale (indirizzo fiscale): _____
Cap: _____ Città: _____ Prov: _____ Stato: Italia
Oggetto sociale: _____
Sede amministrativa (se diversa dalla sede legale): _____
Cap: _____ Città: _____ Prov: _____ Stato: _____
Partita IVA: _____
Codice fiscale: _____
Numero di telefono: _____
Indirizzo e-mail: _____

La società Contraente è costituita sul territorio americano o con sede legale situata sul territorio americano?
Sì No

Almeno uno dei Titolari Effettivi è in una delle seguenti condizioni:
- È cittadino degli Stati Uniti d'America?
- Ha la nazionalità americana o la doppia nazionalità?
- Ha la residenza fiscale negli Stati Uniti d'America?
Sì No



DETTAGLI DELLA POLIZZA

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Sig. _____ Sig.ra _____

Cognome: _____ Numero di telefono: _____

Nome: _____ Indirizzo e-mail: _____

Nato il: | | | | | a: _____ Codice fiscale: _____

Paese di nascita: _____

Nazionalità: _____

Altre nazionalità: _____

Indirizzo di residenza fiscale: _____

Città: _____ CAP: _____

Paese: _____

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

Città: _____ CAP: _____

Paese: _____

L'Assicurato è in una delle seguenti condizioni:

- È cittadino degli Stati Uniti d'America?
- Ha la nazionalità americana o la doppia nazionalità?
- Ha la residenza fiscale negli Stati Uniti d'America?

Si No

PREMI E CAPITALE ASSICURATO

Capitale assicurato: _____ EUR Garanzia complementare caso morte da infortunio

Durata contrattuale: _____ anni Si No

Fumatore Non fumatore Frazionamento del premio:

Visita medica Annuale Semestrale Trimestrale

Autonoma Attraverso conciergerie Mensile

In quale Paese è stato costituito il premio versato? _____

Origine del premio versato:

Risparmio (Stipendio, pensione, interessi, dividendi, royalties, redditi da locazione) / Reddito d'impresa

Altro (Descrizione dell'operazione e documenti giustificativi) _____

La Compagnia si riserva la facoltà, nel caso in cui emergano particolari fattori di rischio, di richiedere ulteriori informazioni e/o documentazione a supporto.

Modalità di pagamento:

Mandato SEPA Bonifico

Bonifico:

IBAN di provenienza del bonifico: _____

Titolare del conto addebitato: il Contraente

Nome della banca: _____

Indirizzo della banca: _____

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 » al seguente IBAN presso Société Générale Securities Services S.P.A.:

DIVISA

EUR

IBAN

IT33 I033 0701 7190 0000 0030 711

BIC

TWOSITMM



BENEFICIARI

Per la corretta compilazione della clausola beneficiaria, Le ricordiamo che:

- per la Formula Persone Fisiche la scelta dei beneficiari è libera;
- per la Formula Key Man, il beneficiario unico ed irrevocabile è la società Contraente;
- per la Formula Associati, i beneficiari possono essere esclusivamente i soci dell'Assicurato.

La designazione del Beneficiario può essere redatta anche tramite atto notarile, scrittura privata o testamento olografo. Quando il Beneficiario viene nominato, 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.

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, ogni richiesta di cessione, pegno, vincolo o modifica di Beneficiario deve essere validata 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.

Il Contraente sceglie come Beneficiario/i in caso di decesso:

La società contraente

Il coniuge del Contraente purché non separato giudizialmente; 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 o testamentari in parti uguali.

Designazione esplicita del/dei Beneficiari:

Legame con il Contraente:	_____	_____
Cognome:	_____	_____
Nome:	_____	_____
Data di nascita:	□□□□□□□□	□□□□□□□□
Luogo di nascita:	_____	_____
Indirizzo:	_____	_____
Codice fiscale:	_____	_____
% del capitale:	□□□□ %	□□□□ %

In difetto del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi o testamentari del Beneficiario in parti uguali.

In difetto del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi o testamentari del Beneficiario in parti uguali.

Legame con il Contraente:	_____	_____
Cognome:	_____	_____
Nome:	_____	_____
Data di nascita:	□□□□□□□□	□□□□□□□□
Luogo di nascita:	_____	_____
Indirizzo:	_____	_____
Codice fiscale:	_____	_____
% del capitale:	□□□□ %	□□□□ %

In difetto del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi o testamentari del Beneficiario in parti uguali.

In difetto del Beneficiario sopra indicato, gli eredi legittimi o testamentari del Beneficiario in parti uguali.

Clausola beneficiaria dettagliata su carta libera allegata, in mancanza di clausola beneficiaria dettagliata su carta libera allegata, gli eredi legittimi o testamentari del Contraente in parti uguali individuati tra i chiamati all'eredità.

Gli eredi legittimi o testamentari del Contraente in parti uguali individuati tra i chiamati all'eredità.

In mancanza della scelta della clausola beneficiaria: Il coniuge del Contraente purché non separato giudizialmente; 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 o testamentari 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 _____	Indirizzo del domicilio (se diverso dall'indirizzo fiscale): _____
Cognome: _____	Città: _____ CAP: _____
Nome: _____	Paese: _____
Professione: _____	Numero di telefono: _____
Nato/a il: a: _____	Indirizzo e-mail: _____
Paese di nascita: _____	Codice fiscale: _____
Nazionalità: _____	LEGAME CON IL CONTRAENTE: _____
Indirizzo di residenza fiscale: _____	
Città: _____ CAP: _____	
Paese: _____	

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

Da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte

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'invviare alcuni documenti all'indirizzo fiscale del Contraente.

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



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLA POLIZZA

Il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza della presente polizza alle Sue esigenze.

INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE ALLA POLIZZA

La polizza offerta prevede la protezione assicurativa di un rischio riguardante la persona (morte).

Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione attesa?

Sì NO Non risponde

La polizza offerta prevede alcune esclusioni e/o limitazioni delle prestazioni per alcune coperture.

Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le Sue aspettative/esigenze di tutela?

Sì NO Non risponde

La polizza offerta prevede costi diversi a seconda dello stato di Fumatore o Non Fumatore dell'Assicurato.

Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le Sue aspettative/esigenze di tutela?

Sì NO Non risponde

La polizza offerta prevede delle esclusioni e/o limitazioni delle prestazioni, nel caso in cui il sinistro avvenga durante o in conseguenza dello svolgimento - anche occasionalmente - di determinate attività sportive o lavorative considerate pericolose. È consapevole che in caso di sinistro nei casi sopra citati le coperture non intervengono?

Sì NO Non risponde

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL PRODOTTO

Il Sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al Questionario per la valutazione dell'adeguatezza della polizza, assumendosene ogni responsabilità conseguente, nonché di aver preso atto delle condizioni di assicurabilità descritte in polizza ed illustrate dall'Intermediario, di cui ha confermato la sussistenza.

Data Firma del Dichiarante _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE

Analizzate le risposte date ai quesiti sopra esposti, la polizza risulta adeguata alle esigenze del Cliente.

Data Firma dell'Intermediario _____



MODULO PER L'ADEGUATA VERIFICA

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara ai sensi dell'Adeguata verifica del 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.

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.

Luogo _____ Data Firma/e _____
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

Contraente/Rappresentante legale _____

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. 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 _____, il Firma/e _____
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

Timbro dell'Intermediario



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 e dagli eventuali delegati di gestione, 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 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.

Nell'ambito delle operazioni di trattamento, il Contraente autorizza LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a comunicare tali dati ai servizi in relazione con lui e i suoi 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 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 un apposito mandato di comunicazione.

Il Contraente 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

Per sapere di più sulla politica di protezione dei dati personali di LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.:

<http://www.lamondiale.lu/it/mentions-legales/>

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».



Io sottoscritto riconosco di aver ricevuto prima della conclusione della polizza un esemplare del Set Informativo composto da:

- DIP Vita;
- DIP Vita aggiuntivo;
- Condizioni di assicurazione;
- Glossario.

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 accettare e autorizzo LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a delegare la gestione del mio contratto attraverso partnership specializzate.

Riconosco che i miei dati personali e medici potranno eventualmente essere salvati online nella mia area personale protetta. In tal caso saranno accessibili con il mio nome utente e la mia password che in nessun caso devo comunicare a terzi.

Dichiaro di comprendere che i dati personali raccolti in questo modulo, indicati come obbligatori:

- sono necessari alla sottoscrizione, alla gestione, alla commercializzazione, a studi statistici e all'attuazione degli obblighi legali e/o regolamentari;
- possono essere trasmessi ai soggetti responsabili al trattamento, tutti stabiliti nello Spazio Economico Europeo, in condizioni atte a garantire la protezione dei dati personali;

Dichiaro di accettare e autorizzo:

- nell'ambito di un'eventuale delega di gestione del mio contratto, LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a utilizzare partner specializzati come co-responsabili e/o contitolari ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati;
- nell'ambito della delega di gestione della mia polizza, il trattamento dei miei dati al di fuori del Granducato di Lussemburgo;
- nell'ambito della delega di gestione della mia polizza, il trattamento dei miei dati all'interno dello Spazio Economico Europeo.

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 di Assicurazione:

- Articolo 2 - Diritto applicabile, foro competente e regime fiscale
- Articolo 5 - Prestazioni assicurate
- Articolo 6 - Definizione di Assicurato non fumatore
- Articolo 8 - Conclusione della polizza
- Articolo 9 - Entrata in vigore della polizza
- Articolo 10 - Durata della polizza
- Articolo 12 - Revoca, recesso e risoluzione della polizza
- Articolo 14 - Reclami
- Articolo 16 - Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione
- Articolo 17 - Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

Dichiaro di comprendere e rispettare tutti i requisiti ed obblighi fiscali cui sono soggetto ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti sia nel mio Paese di residenza fiscale che in qualsiasi altra giurisdizione verso la quale io abbia degli obblighi. Mi impegno a consultare un professionista indipendente, ogni qualvolta fosse necessario, affinché mi aiuti a comprendere e a rispettare i miei obblighi.

Dichiaro di accettare integralmente il contenuto dell'articolo 5 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 o PEC, entro trenta (30) giorni a far data dal momento in cui sono informato della conclusione della polizza (si veda *infra*, Modello di Lettera di Recesso).

(Indirizzo della Sede Secondaria: Foro Buonaparte 12, 20121 Milano (MI) Italia).



Conformemente al regolamento generale sulla protezione dei dati e al decreto legislativo italiano del 30 giugno 2003 n. 196 (*“Codice in materia dei dati personali”*), autorizzo LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a registrare e trattare i dati che ho trasmesso e trasmetterò 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 autorizza l'utilizzazione dei dati personali, nell'ambito della gestione della polizza di assicurazione

Luogo _____ , il | | | | | | | | | | **Firma** *(Preceduta dalla dicitura “Letto e Approvato”)*

Contraente _____

Assicurato _____

Intermediario _____

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

Una copia per ogni Parte della polizza. La documentazione è stata firmata: in sede fuori sede



