

Polizza N. _____

Richiesta di variazioni di polizza

Codice Mandato Intermediario _____ Codice/Nome Cognome Collocatore _____ Punto Vendita _____

Denominazione Mandato Intermediario _____

A Contraente

Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

I dati del Contraente risultano aggiornati e conformi al vero? SI (procedere con le sezioni successive del presente modulo) NO

Se NO, procedere con: Conferma dati Compilazione sezione A del modulo 8.839/B

Il Contraente chiede di effettuare l'operazione secondo le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni Contrattuali in vigore alla data della presente richiesta.

Qualora il Contraente desse disposizione di effettuare più di una operazione sulla stessa Polizza nel medesimo giorno, la Società darà per prima esecuzione alle richieste di investimento dei premi, successivamente alle operazioni di switch ed infine alle operazioni di disinvestimento.

Modifica dell'importo del premio ricorrente

Il Contraente richiede la modifica dell'importo del premio ricorrente come segue:

Nuovo importo di premio _____ A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Variazione del frazionamento del premio

Il Contraente richiede la modifica del frazionamento del premio come segue:

mensile trimestrale quadrimestrale semestrale annuale

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Sospensione del pagamento del premio ricorrente

Il Contraente richiede la sospensione del pagamento del premio.

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Ripresa del pagamento del premio ricorrente

Il Contraente richiede la ripresa del pagamento del premio.

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Rivalutazione/Stabilizzazione del premio

Il Contraente richiede la modifica della scelta sulla rivalutazione del premio come segue:

Rivalutazione del premio: Si No

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Riduzione/Riattivazione della prestazione assicurata

Il Contraente richiede:

- la sospensione del pagamento dei premi con conseguente riduzione della prestazione assicurata;
- la riattivazione del contratto. Il Contraente provvederà a regolarizzare l'importo dovuto, calcolato sulla base delle rate di premio arretrate comprensive degli eventuali interessi previsti.

A partire dal (gg, mm, aaaa) _____ / _____ / _____

A partire dal (gg, mm, aaaa) _____ / _____ / _____

Il Contraente, in caso di polizza con la componente caso morte, dovrà compilare un nuovo questionario sanitario se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di sospensione del pagamento dei premi.

Differimento di scadenza (solo per prodotti Unit Linked)

Il Contraente richiede il differimento di scadenza come segue:

Anni di durata _____ Il Contraente prende atto che tale variazione deve essere richiesta almeno 3 mesi prima della scadenza di polizza.

Proroga del piano dei versamenti

Il Contraente richiede la proroga del piano dei versamenti come segue:

Anni di durata _____ Il Contraente prende atto che tale variazione deve essere richiesta almeno 3 mesi prima della scadenza di polizza.

Richiesta di trasferimento (switch) per i prodotti Unit Linked

Il Contraente richiede il trasferimento dell'attuale prodotto al prodotto seguente:

Il trasferimento avverrà con le modalità indicate nelle Condizioni Contrattuali.

B Dichiarazione del Contraente

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il Documento contenente le informazioni chiave, nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante



Intermediario (timbro e firma)

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante

Spazio riservato all'intermediario

Valutazione dell'intermediario ai sensi della normativa antiriciclaggio

- Reticenza nel fornire le informazioni richieste Poca trasparenza della compagine societaria al fine di identificare il titolare effettivo
- Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabili
- Comportamento che non denota anomalie

Da quanto è attivo il rapporto tra il Contraente e l'intermediario? Meno di 1 anno da 1 e 5 anni oltre 5 anni

L'intermediario attesta che l'operazione è coerente rispetto al profilo del Contraente Sì No

Per i distributori che attribuiscono al Contraente un profilo di rischio, inserire il profilo di rischio (se disponibile) Molto Basso Basso Medio Alto

Io sottoscritto dichiaro che il presente modulo è stato correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., il soggetto di cui trattasi (Contraente ovvero Esecutore per suo conto), di aver verificato la veridicità dei relativi dati, di aver acquisito le necessarie informazioni per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di aver rilevato il comportamento tenuto dal soggetto di cui trattasi come sopra evidenziato.

Luogo e Data di compilazione _____ Firma leggibile dell'Intermediario

Polizza N. _____

Richiesta di variazioni di polizza

Codice Mandato Intermediario _____ Codice/Nome Cognome Collocatore _____ Punto Vendita _____

Denominazione Mandato Intermediario _____

A Contraente

Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

I dati del Contraente risultano aggiornati e conformi al vero? SI (procedere con le sezioni successive del presente modulo) NO

Se NO, procedere con: Conferma dati Compilazione sezione A del modulo 8.839/B

Il Contraente chiede di effettuare l'operazione secondo le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni Contrattuali in vigore alla data della presente richiesta.

Qualora il Contraente desse disposizione di effettuare più di una operazione sulla stessa Polizza nel medesimo giorno, la Società darà per prima esecuzione alle richieste di investimento dei premi, successivamente alle operazioni di switch ed infine alle operazioni di disinvestimento.

Modifica dell'importo del premio ricorrente

Il Contraente richiede la modifica dell'importo del premio ricorrente come segue:

Nuovo importo di premio _____ A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Variazione del frazionamento del premio

Il Contraente richiede la modifica del frazionamento del premio come segue:

mensile trimestrale quadrimestrale semestrale annuale

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Sospensione del pagamento del premio ricorrente

Il Contraente richiede la sospensione del pagamento del premio.

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Ripresa del pagamento del premio ricorrente

Il Contraente richiede la ripresa del pagamento del premio.

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Rivalutazione/Stabilizzazione del premio

Il Contraente richiede la modifica della scelta sulla rivalutazione del premio come segue:

Rivalutazione del premio: Si No

A partire dal (gg, mm, aaaa) ____/____/____

Il Contraente prende atto che la modifica avrà effetto secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali.

Riduzione/Riattivazione della prestazione assicurata

Il Contraente richiede:

- la sospensione del pagamento dei premi con conseguente riduzione della prestazione assicurata;
- la riattivazione del contratto. Il Contraente provvederà a regolarizzare l'importo dovuto, calcolato sulla base delle rate di premio arretrate comprensive degli eventuali interessi previsti.

A partire dal (gg, mm, aaaa) _____ / _____ / _____

A partire dal (gg, mm, aaaa) _____ / _____ / _____

Il Contraente, in caso di polizza con la componente caso morte, dovrà compilare un nuovo questionario sanitario se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di sospensione del pagamento dei premi.

Differimento di scadenza (solo per prodotti Unit Linked)

Il Contraente richiede il differimento di scadenza come segue:

Anni di durata _____ Il Contraente prende atto che tale variazione deve essere richiesta almeno 3 mesi prima della scadenza di polizza.

Proroga del piano dei versamenti

Il Contraente richiede la proroga del piano dei versamenti come segue:

Anni di durata _____ Il Contraente prende atto che tale variazione deve essere richiesta almeno 3 mesi prima della scadenza di polizza.

Richiesta di trasferimento (switch) per i prodotti Unit Linked

Il Contraente richiede il trasferimento dell'attuale prodotto al prodotto seguente:

Il trasferimento avverrà con le modalità indicate nelle Condizioni Contrattuali.

B Dichiarazione del Contraente

Il Contraente dichiara:

- **di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il Documento contenente le informazioni chiave, nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.**

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante



Intermediario (timbro e firma) 

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante 