

COGNOME E NOME
"SOGGETTO INCARICATO
DEL COLLOCAMENTO"



AZIMUT
LIFE

1st Floor, Block 5, Irish Life Centre,
Abbey Street Lower, Dublin 1, D01 P767
Ireland
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Cusani, 4 - 20121 Milano

AZ INFINITY LIFE

UNIT LINKED

AZIMUT Financial Insurance SpA
Via Cusani, 4 - 20121 Milano
(SOGGETTO DISTRIBUTORE)



400003701010283

**MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE/VARIAZIONE/ANNULLAMENTO
PER LE COPERTURE AGGIUNTIVE "MOSAICO"**

Io sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

COD. CLIENTE COD. DOSSIER

in qualità di Contraente della Polizza N° _____

chiedo di attivare variare annullare il capitale assicurato in caso di morte relativo alle seguenti coperture aggiuntive:

CAPITALE SICURO: Nuovo massimale assicurato Euro ..,

CAPITALE COSTANTE: Nuovo capitale assicurato Euro ..,

CAPITALE MASSIMO: Nuovo massimale assicurato Euro ..,

CAPITALE DECRESCENTE: Nuovo capitale iniziale Euro ..,

(Nuova) durata in anni Nuova decrescenza Annuale Semestrale Trimestrale Mensile

In caso di attivazione di una o più coperture aggiuntive o variazione del capitale/massimale assicurato la Compagnia provvederà a (ri)effettuare l'analisi del rischio. Per capitali assicurati di importo superiore a 300.000 euro, in alternativa all'intervista telefonica l'assicurato dovrà fornire la documentazione prevista dalla tabella "Documentazione sanitaria" riportata nelle condizioni di contratto, in funzione del capitale e dell'età dell'assicurato, in conformità all'art. 4 delle condizioni di contratto. Contribuiscono alla soglia dei 300.000 euro eventuali capitali assicurati derivanti da coperture aggiuntive Mosaico attivate su altri contratti stipulati con la Compagnia.

La modifica del capitale/massimale assicurato avrà effetto il primo giorno del mese successivo alla valutazione del rischio, ovvero all'accettazione dell'eventuale sovrappremio da parte del Contraente (o della eventuale rinuncia alla copertura).

L'assicurato ed il contraente (se diverso) autorizzano la compagnia al trattamento dei dati ai fini della valutazione del rischio.

L'ASSICURATO _____

IL CONTRAENTE (solo se diverso dall'Assicurato) _____

NUMERO DI TELEFONO CELLULARE DELL'ASSICURATO⁽¹⁾ _____

E-MAIL DELL'ASSICURATO _____

Le coperture aggiuntive non possono prescindere da quelle "standard".

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa sul Trattamento dei Dati Personali ("Informativa") inserita nell'Opuscolo Informativo. Il sottoscritto autorizza la Compagnia e le società da essa delegate al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute ai fini della raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione del rischio ai sensi delle sezioni 10 e 12 dell'Informativa.

(Luogo e data)

FIRMA DELL'ASSICURATO

Con la sottoscrizione del presente modulo, che ricevo in copia, dispongo la suddetta operazione. Dichiaro inoltre di aver ricevuto, ai sensi della normativa vigente prima dell'effettuazione dell'operazione raccomandata, copia della documentazione d'offerta aggiornata e una dichiarazione di adeguatezza contenente la descrizione della raccomandazione consigliata e delle motivazioni per cui la stessa corrisponde alle mie preferenze, ai miei obiettivi e alle altre mie caratteristiche e di avere preliminarmente preso visione dei costi associati, della componente di incentivi (monetari e non) percepiti dal Soggetto Distributore, dell'indicazione dell'effetto cumulativo dei costi sulla redditività e dell'eventuale vendita del prodotto al di fuori delle indicazioni stabilite da Azimut Life dac (fuori mercato target).

Il sottoscritto dichiara, anche ai sensi del D.Lgs. 231/2007 così come successivamente modificato e del Regolamento n° 5 IVASS del 21/07/2014, di essere - se persona fisica - titolare effettivo dell'operazione ovvero - se persona non fisica - che non è intervenuta alcuna modifica con riguardo al/ai titolare/i effettivo/i già dichiarato/i e a voi reso/i noto/i.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver ricevuto l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ("Informativa") inserita nell'Opuscolo Informativo.

(Luogo e data)

FIRMA DEL CONTRAENTE

COGNOME, NOME E FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO
(Firma facente fede dell'identificazione e dell'adeguata verifica dei firmatari del presente modulo)

(1) Per poter effettuare l'eventuale analisi del rischio.

CONTRAENTE

ATTIVAZIONE/VARIAZIONE/ANNULLAMENTO PER LE COPERTURE AGGIUNTIVE

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

SOGGETTO INCARICATO