

COGNOME E NOME "SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO"



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

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE UNIT LINKED
AZIMUT Financial Insurance SpA Via Cusani, 4 - 20121 Milano (SOGGETTO DISTRIBUTORE)

SIMULA [] [] [] [] [] [] [] []

CONTRAENTE

Form fields for Contraente: COD. CLIENTE, COD. FISCALE, COD. DOSSIER, COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, LUOGO DI NASCITA, PROV., CITTADINANZA, RESIDENZA (VIA E N. CIVICO), C.A.P. E LOCALITÀ, PROV., STATO, C.IDENT., PASSAPORTO, PATENTE GUIDA, LIBR.PENS., ESTREMI DOCUMENTO: N°, DATA RILASCIO, LUOGO RILASCIO, DATA SCADENZA, NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UN'IMPRESA, RAGIONE SOCIALE, PARTITA IVA/CODICE FISCALE, SEDE (VIA E N. CIVICO), C.A.P. E LOCALITÀ, PROV., STATO, LUOGO DI COSTITUZIONE, DATA DI COSTITUZIONE, Si allega un documento comprovante il potere di rappresentare legalmente l'ente contraente (IMPRESA)

ASSICURATO

Form fields for Assicurato: COD. CLIENTE, COD. FISCALE, COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, LUOGO DI NASCITA, PROV., CITTADINANZA, RESIDENZA (VIA E N. CIVICO), C.A.P. E LOCALITÀ, PROV., STATO, C.IDENT., PASSAPORTO, PATENTE GUIDA, LIBR.PENS., ESTREMI DOCUMENTO: N°, DATA RILASCIO, LUOGO RILASCIO, DATA SCADENZA, INDIRIZZO, E-MAIL, NUMERO DI TELEFONO

MODALITÀ SOTTOSCRIZIONE

Il Contraente chiede di investire il premio iniziale pari a € [] [] [] [] [] [] [] [] (1) (al lordo dei costi) derivante da [] [] [] (2) nel/i seguente/i FONDO/I INTERNO/I: (3)
Table with 5 rows and columns for currency (€) and amount.
(1) L'importo del premio iniziale non può essere inferiore a Euro 250.000,00. - (2) Vedi tabella sul retro. - (3) VEDI ELENCO SUL RETRO. - (4) L'importo del premio iniziale non può essere inferiore a Euro 10.000,00 per ciascun Fondo Interno.

MEZZI PAGAMENTO

Il versamento del premio iniziale, effettuato all'ordine di "AZIMUT FINANCIAL INSURANCE S.P.A.", viene corrisposto a mezzo:
[BB] BONIFICO BANCARIO: IBAN [I T] [6 7] [M] [0 5 0 3 4] [1 1 7 0 1] [0 0 0 0 0 0 0 2 0 2 1 0]
presso il Banco BPM SpA.
[AC/B] ASSEGNO/I CIRCOLARE/BANCARIO/I (5) non trasferibile/i:
[] []
ABI CAB N. ASSEGNO N. CONTO
[SW] Utilizzo del controvalore riveniente dal rimborso del prodotto/servizio del Gruppo Azimut, come da disposizione allegata.
(5) Gli assegni si intendono salvo buon fine.

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (6). Io Contraente richiedo che tutta la documentazione mi venga inviata al seguente indirizzo che è estraneo all'Incaricato del Collocamento. (barrare se non utilizzato)
COGNOME [] [] [] [] [] [] [] [] NOME [] [] [] [] [] [] [] []
INDIRIZZO (VIA E N. CIVICO) []
C.A.P. E LOCALITÀ [] [] [] [] [] [] [] [] PROV. [] [] STATO [] []
(6) Nel caso in cui non venga compilato l'indirizzo di corrispondenza, tutte le comunicazioni saranno inviate alla residenza del Contraente.

- INDICARE I DATI DI SEGUITO PER CIASCUN BENEFICIARIO. IN CASO CONTRARIO, LA SOCIETÀ POTRÀ INCONTRARE, AL DECESSO DELL'ASSICURATO, MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICAZIONE E NELLA RICERCA DI CIASCUN BENEFICIARIO.
 - LE EVENTUALI MODIFICHE O REVOCHE DI UNO O PIÙ BENEFICIARI INDICATI DI SEGUITO DEVONO ESSERE COMUNICATI ALLA SOCIETÀ.

NOMINA DEL BENEFICIARIO/I
 Il Contraente nomina il Beneficiario di seguito indicato che avrà diritto alla Prestazione in Caso di Decesso prevista dal Contratto nella misura ivi indicata:

Beneficiario 1

COGNOME _____ E NOME _____

DATA DI NASCITA [][] [][] [][][][] LUOGO DI NASCITA _____ PROV. [][]

INDIRIZZO _____ NAZIONALITÀ _____

COD. FISCALE / PARTITA IVA [] % PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO [][] %

E-MAIL _____ N. TELEFONO _____

RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO (INFORMAZIONE RICHiesta DALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO):

FAMIGLIARE – si prega di specificare _____

ALTRO – si prega di specificare _____

Beneficiario 2

COGNOME _____ E NOME _____

DATA DI NASCITA [][] [][] [][][][] LUOGO DI NASCITA _____ PROV. [][]

INDIRIZZO _____ NAZIONALITÀ _____

COD. FISCALE / PARTITA IVA [] % PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO [][] %

E-MAIL _____ N. TELEFONO _____

RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO (INFORMAZIONE RICHiesta DALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO):

FAMIGLIARE – si prega di specificare _____

ALTRO – si prega di specificare _____

Beneficiario 3

COGNOME _____ E NOME _____

DATA DI NASCITA [][] [][] [][][][] LUOGO DI NASCITA _____ PROV. [][]

INDIRIZZO _____ NAZIONALITÀ _____

COD. FISCALE / PARTITA IVA [] % PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO [][] %

E-MAIL _____ N. TELEFONO _____

RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO (INFORMAZIONE RICHiesta DALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO):

FAMIGLIARE – si prega di specificare _____

ALTRO – si prega di specificare _____

Beneficiario 4

COGNOME _____ E NOME _____

DATA DI NASCITA [][] [][] [][][][] LUOGO DI NASCITA _____ PROV. [][]

INDIRIZZO _____ NAZIONALITÀ _____

COD. FISCALE / PARTITA IVA [] % PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO [][] %

E-MAIL _____ N. TELEFONO _____

RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO (INFORMAZIONE RICHiesta DALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO):

FAMIGLIARE – si prega di specificare _____

ALTRO – si prega di specificare _____

OVVERO

Consapevole che la Società potrà incontrare al decesso dell'Assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca di ciascun Beneficiario:

gli eredi legittimi dell'Assicurato

il coniuge dell'Assicurato, in difetto i figli dell'Assicurato

REFERENTE TERZO

Il Contraente può indicare i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo (diverso dal o dai Beneficiari di cui sopra) a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENZA (VIA E N. CIVICO) _____

C.A.P. E LOCALITÀ _____ PROV. [][] STATO _____

COD. FISCALE [] TELEFONO CELLULARE _____

E-MAIL _____

BENEFICIARI

DISPOSIZIONE SUPPLEMENTARE DEL CONTRAENTE (SE PERSONA FISICA DIVERSA DALL'ASSICURATO) PER IL TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ DELLA POLIZZA, IN CASO DI SUA PREMORIENZA DURANTE IL PERIODO CONTRATTUALE.

Il sottoscritto Contraente dispone sin d'ora con la presente che, salvo Sue contrarie successive disposizioni, i diritti ad esso spettanti quale Contraente dovranno ritenersi trasferiti, a partire dal verificarsi dell'evento,

a _____
(nome, cognome, data di nascita e codice fiscale), che da quel momento avrà piena facoltà di disporre della polizza quale nuovo Contraente, anche per quanto riguarda l'eventuale variazione dei beneficiari.
Resta altresì inteso che Azimut Life dac deve ritenersi sin d'ora manlevata e indenne da qualsiasi pretesa e/o conseguenza contro la stessa avanzata in relazione a quanto sopra.

CONTRAENTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO. I sottoscritti Contraente e Assicurato (se diverso dal Contraente):

- CONFERMANO CHE LE INFORMAZIONI FORNITE NELLA PRESENTE PROPOSTA - CHE RICEVONO IN COPIA - SONO VERITIERE ED ESATTE, ANCHE SE MATERIALMENTE SCRITTE DA ALTRI. LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

- prendono atto che Azimut Financial Insurance SpA provvede a trasmettere alla Rappresentanza Generale la presente proposta e la conferma dell'avvenuto pagamento del premio, nonché a corrispondere le liquidazioni previste dalle Condizioni di Contratto;
- prendono atto che il contratto si considera concluso il giorno successivo a quello in cui Azimut Life dac ha acquisito la valuta del mezzo di pagamento, sempreché la Rappresentanza Generale abbia ricevuto la proposta ed entro tale periodo non abbia comunicato per iscritto la volontà di rifiutare la proposta medesima, avendone valutato l'eventuale rischio;
- prendono atto che le prestazioni decorrono dal "Giorno di Conclusione" del contratto con il riconoscimento di una "maggiorazione minima" in caso di decesso dell'Assicurato. A partire dal primo giorno del mese successivo alla chiusura del processo di valutazione sullo stato di salute dell'Assicurato, Azimut Life riconoscerà, salvo contraria comunicazione per iscritto, la "maggiorazione standard" di cui all'articolo 3 delle Condizioni di Contratto alle condizioni e con le limitazioni previste in detto articolo;
- **prendono atto che il Contraente ha la facoltà, così come previsto dalla normativa vigente, di revocare la proposta prima del Giorno di Conclusione del contratto o di recedere dallo stesso entro 45 giorni dal Giorno di Conclusione;**
- dichiarano di accettare i criteri di investimento (riportati nel Regolamento dei Fondi Interni allegato alle Condizioni di Contratto) del Fondo sopra prescelto ed in particolare l'orizzonte temporale ed il profilo di rischio al medesimo connesso.

Inoltre con la sottoscrizione della presente proposta, il **Contraente dichiara** - così come richiesto dai Revenue Commissioners (Autorità Fiscale Irlandese) - di non essere residente né residente abituale in Irlanda (secondo la definizione riportata a tergo della presente proposta) e si impegna altresì a comunicare alla Società, nel corso della durata contrattuale, qualsiasi variazione dello stato di residenza che sia rilevante ai fini della presente dichiarazione.

Il Contraente accetta espressamente quanto riportato nella sezione "U.S. Person" riportata sul retro del presente modulo.

Il Contraente dichiara altresì che l'indirizzo di corrispondenza - eventualmente sotto indicato - è estraneo all'incarico del Collocamento.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, con la firma della presente, acconsente alla stipulazione del contratto "AZ NAVIGATOR".

L'ASSICURATO INOLTRE:

- **DICHIARA CHE NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI RACCOLTA ISTITUITO, LE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE SONO VERITIERE;**
- **DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI, RESE DALLO STESSO CIRCA IL PROPRIO STATO DI SALUTE, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE;**
- **DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE LO STESSO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON EVIDENZA DEL COSTO A SUO CARICO.**

L'ASSICURATO

CONTRAENTE

IL CONTRAENTE E L'ASSICURATO DICHIARANO DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA:

- IL "DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE" GENERICI (G-KID) ED IL "DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE" SPECIFICO DELLE OPZIONI DI INVESTIMENTO PRESCELTE (SID), REDATTI SECONDO IL REGOLAMENTO UE N. 1286/2014;
- IL "DIP AGGIUNTIVO IBIP" (IL "DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO" RELATIVO AI PRODOTTI DI INVESTIMENTO ASSICURATIVI);
- **LE CONDIZIONI CONTRATTUALI CON IN ALLEGATO IL REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI.**

Dichiarano inoltre di essere stati informati della possibilità di richiedere il "Documento contenente le informazioni chiave" specifico di tutte le opzioni disponibili.

I sottoscritti dichiarano inoltre di aver ricevuto l'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali ("Informativa") inserita nell'Opuscolo Informativo; l'Assicurato 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.

Dichiarano inoltre di essere stati informati della possibilità di richiedere il "Documento contenente le informazioni chiave" specifico di tutte le opzioni disponibili, le Parti I, II e III del Prospetto d'Offerta ed il Regolamento dei Fondi Interni cui sono direttamente collegate le prestazioni del Contratto.

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di aver ricevuto - ai sensi della normativa vigente prima dell'effettuazione dell'operazione raccomandata - una dichiarazione di adeguatezza contenente la descrizione della raccomandazione consigliata e delle motivazioni per cui la stessa corrisponde alle loro preferenze, ai loro obiettivi e alle altre loro 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).

I sottoscritti, infine, dichiarano, 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 persone fisiche** - i titolari effettivi dell'operazione ovvero - **se persone non fisiche** - che non è intervenuta alcuna modifica con riguardo al/ai titolare/i effettivo/i già dichiarato/i e a voi reso/i noto/i.

L'ASSICURATO

CONTRAENTE

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 nonché 1469 bis e seguenti del Codice Civile, i seguenti articoli delle **Condizioni di Contratto**: art. 6 Revoca della Proposta; art. 7 Recesso dal Contratto; art. 12 Riscatto; art. 19 Variazioni Contrattuali; art. 27 Foro Competente.

L'ASSICURATO

CONTRAENTE

Luogo e data _____

È VIETATO IL VERSAMENTO IN CONTANTI.

COGNOME, NOME E FIRMA DELL'INCARICATO DEL COLLOCAMENTO

Firma valida ai fini dell'identificazione e dell'adeguata verifica dei firmatari del presente modulo.
Con la presente firma dichiaro inoltre di essere estraneo ai riferimenti indicati nella sezione "Indirizzo di Corrispondenza".

FAMIGLIA	FONDO INTERNO	COD.
Core	Core Money Market	01
	Core Global Conservative	02
	Core Global Balanced	03
	Core Global Accrescitive	04
	Core Global Perspectives Base	05
	Core Global Perspectives Bull	06
	Core Global Perspectives Bear	07
Active	Active Global Conservative	08
	Active Global Balanced	09
	Active Global Accrescitive	10
	Active MM Income	11
	Active MM Conservative	12
	Active MM Balanced	13
	Active MM Accrescitive	14
	Active MM Equity	15
	Active MM Emerging Markets Equity	16
Total Return	TR Global Conservative	17
	TR Global Balanced	18
	TR Global Accrescitive	19
	TR Alternative	20
	TR MM Conservative	21
	TR MM Balanced	22
	TR MM Accrescitive	23
Thematic	Thematic Innovation	24
	Thematic ESG	25
	Thematic Silver Economy	26
	Thematic Lifestyle	27
	Thematic Global Growth	28
Escalator	Escalator Global	29
	Escalator Global Emerging	30
Bespoke	Bespoke Quasar	31

DEFINIZIONE DI RESIDENZA IN IRLANDA

Residenza - Persone fisiche

Una persona è residente in Irlanda per un anno fiscale (che in Irlanda decorre dal 1° gennaio e termina il 31 dicembre) se:

1) è presente per 183 giorni o più in Irlanda nel corso dell'anno fiscale

oppure

2) è presente complessivamente per 280 giorni in Irlanda, calcolati sommando le presenze nel Paese nell'anno fiscale considerato e nell'anno fiscale precedente.

La presenza in Irlanda non superiore a 30 giorni in un anno fiscale, non è utilizzabile per l'applicazione della verifica dei due anni (punto 2 sopra).

Per giorno di presenza in Irlanda si intende la permanenza fisica di una persona nel Paese fino alla fine del giorno (mezzanotte).

Residenza Abituale - Persone fisiche

Il termine "residenza abituale", diverso da "residenza", si riferisce all'abituale dimora di una persona e denota la residenza in un luogo con una certa continuità.

Una persona residente in Irlanda per tre anni fiscali consecutivi, diviene residente abituale in Irlanda a partire dall'inizio del quarto anno fiscale.

La persona che sia residente abituale cessa di essere tale alla fine del terzo anno fiscale consecutivo durante il quale non è stato residente. Pertanto, una persona che nell'anno fiscale 2005 sia residente in Irlanda e sia considerata residente abituale, e che lasci il Paese in quello stesso anno, rimane residente abituale fino alla fine dell'anno fiscale 2008.

Residenza - Società

Una società, che abbia la direzione e il controllo centrale in Irlanda, è ivi residente, indipendentemente dal luogo della sua costituzione.

Una società che non abbia la direzione e il controllo centrale nella Repubblica Irlandese ma che sia stata costituita nel Paese, è ivi residente, tranne nel caso in cui:

- la società stessa o una società ad essa collegata eserciti un'attività commerciale in Irlanda, e la società sia controllata da persone residenti in un altro Stato membro dell'Unione Europea o in uno dei Paesi con i quali l'Irlanda ha un trattato di doppia tassazione;
- oppure la società o una società ad essa collegata siano società quotate in una Borsa ufficialmente riconosciuta in un altro Stato membro dell'Unione Europea o in uno dei Paesi con i quali l'Irlanda ha un trattato di doppia tassazione;
- la società non sia considerata residente in Irlanda in base al trattato di doppia tassazione tra l'Irlanda e un altro Paese.

RECESSO DAL CONTRATTO

In caso di recesso, Azimut Life rimborserà per il tramite di Azimut Financial Insurance SpA, al Contraente un importo ottenuto moltiplicando il numero delle quote complessivamente attribuite al contratto per il relativo valore unitario delle stesse rilevato il terzo giorno di mercati aperti successivo alla ricezione della comunicazione di recesso, maggiorato dei costi pagati, così come indicato agli articoli 13.1.1 e 13.1.2 delle Condizioni di Contratto (spese fisse e costi di caricamento) ed al netto del costo di recesso pari ad Euro 50,00.

VALUTA MEZZI PAGAMENTO DEL PREMIO

La valuta riconosciuta ai mezzi di pagamento indicati nell'apposita sezione riportata sul fronte della presente proposta si considera acquisita da Azimut Life dac il secondo giorno lavorativo di calendario italiano successivo al versamento del premio da parte del Distributore, purché tale giorno cada in un giorno di mercati aperti. In caso contrario si assume il primo giorno di mercati aperti successivo.

U.S. PERSON

Con la sottoscrizione del presente modulo di proposta, il Contraente dichiara inoltre di non essere "U.S. Person", secondo la definizione contenuta nel U.S. "Regulation S" della Securities and Exchange Commission ("SEC") e di non fare richiesta di sottoscrizione in qualità di mandatario di un soggetto avente tali requisiti. Il Contraente prende atto che Azimut Life può:

- respingere la richiesta di emissione o trasferimento di quote qualora ciò possa comportare la titolarità di tali quote, in via diretta o indiretta, da parte di una "U.S. Person";
- richiedere al Contraente in qualsiasi momento di fornire per iscritto, sotto la propria responsabilità, ogni informazione ritenuta necessaria per stabilire se la titolarità effettiva delle quote sia in capo a una "U.S. Person";
- procedere al rimborso di iniziativa di tutte le polizze detenute da un Soggetto che ritenga essere (i) una "U.S. Person" e (ii) da solo o congiuntamente ad altri Soggetti, il beneficiario effettivo delle quote.

CODICI ORIGINE VERSAMENTO

001 Pensione	008 Vincita
002 Reddito lavoro autonomo	009 Liquidazione premi
003 Reddito lavoro dipendente	010 Vendita beni immobili
004 Risparmio	011 Vendita beni mobili
005 Successione	012 Vendita/acquisto società
006 Donazione	013 Incasso da Clienti
007 Disinvestimento	