

COGNOME E NOME  
"SOGGETTO INCARICATO  
DEL COLLOCAMENTO"



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

AZIMUT UNIVERSAL

UNIT LINKED

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



400008701010284

SIMULA

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

**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 o per Assicurati con età superiore ai 70 anni, 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. 4.1 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<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

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 l'analisi del rischio.

CONTRAENTE

ATTIVAZIONE/VARIAZIONE/ANNULLAMENTO PER LE COPERTURE AGGIUNTIVE

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

SOGGETTO INCARICATO