

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Leasing Sicurezza – Polizza Creditor Protection Insurance – Convenzione assicurativa n. CL/20/728  
stipulata da Sella Leasing S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 01/04/2021 ed è l'ultimo disponibile

### DATI DEL LEASING

Numero Pratica:	Durata (in mesi):
Importo Finanziato: €	Importo del Canone: €

### DATI DELL'AZIENDA ADERENTE

Denominazione completa:		
Codice Fiscale:	N. Iscrizione Registro Imprese:	
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail / PEC:	
<b>Rappresentante Legale</b>		
Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Comune (o Stato estero) di Rilascio:	Ente di Rilascio:	

### DATI DELL'ASSICURATO

Nome:	Cognome:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:	Persona Politicamente Esposta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente	Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	
Comune (o Stato estero) di Rilascio:	Ente di Rilascio:	
Ruolo ricoperto all'interno dell'azienda aderente: <input type="checkbox"/> Rappresentante Legale <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Titolare		

### INFORMATIVA RELATIVA ALLE GARANZIE E AI COSTI DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

#### GARANZIE

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **DECESSO** per qualsiasi causa
- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** di grado pari o superiore al 66% a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio o Malattia

#### COSTI

Il Premio è annuo ed è pari all'importo di seguito indicato. Il Premio viene addebitato dalla Compagnia, per il tramite del Broker April Italia Srl, sul conto corrente bancario dell'azienda aderente (addebito diretto Sepa SDD)

Importo del Premio Annuo: €	di cui Imposte: €	Commissioni percepite dagli intermediari (incluse nel Premio): €
Spese amministrative per il rimborso del Premio in caso di Integrazione, Subentro, Risoluzione o Riscatto parziale del Leasing: € 40,00		

#### MANDATO PER ADEBITO DIRETTO SEPA

L'Aderente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia, per il tramite del broker April Italia Srl (Creditor ID IT81ZZZ0000003328930288), a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente sotto riportato;
- la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

IBAN:

L'Aderente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

▶ **Data** (gg/mm/aa)

**Firma** (leggibile)

#### AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario anamnestico, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: [www.metlife.it](http://www.metlife.it).
- La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

#### DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

##### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018, copia dell'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (a titolo esemplificativo gli allegati 3, 4 e 4-ter) e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- aver consegnato all'Assicurato copia dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- aver scelto la modalità  E-mail  Cartacea per la trasmissione della documentazione contrattuale e precontrattuale e di essere stato informato della possibilità di cambiare gratuitamente tale modalità.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

##### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'**Informativa Privacy** allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

##### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di:

- aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica;
- essere a conoscenza che la Polizza è **connessa al Leasing** e che rimane in vigore per tutta la durata del medesimo; in caso di Integrazione, Subentro o Risoluzione del Leasing, la Polizza cessa salvo mia diversa richiesta;
- essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e che non è necessaria per ottenere il Leasing;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Sella Leasing S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

Dichiaro di approvare specificamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 c.c. i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: Art. 2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo; Art. 2.6 – Recesso; Art. 10 – Validità territoriale delle garanzie; Art. 11 – Aderente e persone assicurabili; Art. 12 – Esclusioni valide per tutte le garanzie; Artt. 13.2, 14.2, 15.2 – Esclusioni; Artt. 13.3, 14.3 e 15.3 – Prestazione massima; Artt. 13.4, 14.4 e 15.4 – Carenza; Art. 15.5 – Franchigia; Art. 16 – Denuncia di Sinistro; Art. 17 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

#### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

##### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'**Informativa Privacy** allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati, **acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

##### CONSENSO ALLA STIPULA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Dichiaro di:

- aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018, copia dell'informativa precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (a titolo esemplificativo gli allegati 3, 4 e 4-ter) e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo;
- consentire la stipula dell'assicurazione sulla mia vita da parte dell'Aderente ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- essere a conoscenza che il Beneficiario è l'Aderente;
- rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione ed accettare di espletare le formalità di assunzione del rischio riportate di seguito in base all'importo finanziato;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Sella Leasing S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

► Data (gg/mm/aa)

Firma (leggibile)

**ASSUNZIONE DEL RISCHIO – IMPORTO FINANZIATO FINO A EURO 50.000,00  
DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO**

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO A**

Ai fini della validità della copertura assicurativa, le chiediamo di rispondere in maniera consapevole e meditata alle seguenti domande relative al suo stato di salute, prestando attenzione a non omettere, ovvero riportare in maniera falsa o incorretta, nessuno dei dati o delle notizie richieste.

- |  |   |
|--|---|
| 1. È titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2. Durante gli ultimi <b>3 anni</b> ha interrotto la sua attività lavorativa per più di <b>1 mese</b> per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata, all'ordinario congedo di maternità o per fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)?  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. Durante gli ultimi <b>3 anni</b> ha subito ricoveri per più di <b>3 giorni</b> consecutivi o interventi chirurgici e/o è attualmente in attesa di ricovero (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele, ovvero ricoveri o interventi chirurgici legati a fratture ossee dovute esclusivamente ad infortunio)? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. Si sottopone da oltre <b>1 mese</b> ad una terapia medica (farmacologica e non) di durata continuativa (ad eccezione di anticoncezionali, anti-istaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5. Durante gli ultimi <b>5 anni</b> le è stata diagnosticata da un medico una delle seguenti patologie: tumore, epatite, cardiopatie ischemiche, ictus, diabete, infezioni da HIV?   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto dell'Aderente/Assicurato alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver tacluto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede - dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. **Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, in caso di risposta positiva anche ad una sola delle domande di cui al presente questionario, ovvero in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, non sarà possibile procedere alla sottoscrizione del contratto di assicurazione.**

► **Data** (gg/mm/aa)

**Firma** (leggibile)

**ASSUNZIONE DEL RISCHIO – IMPORTO FINANZIATO SUPERIORE A EURO 50.000,00  
DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO**

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO B**

Ai fini della validità della copertura assicurativa, le chiediamo di rispondere in maniera consapevole e meditata alle seguenti domande relative al suo stato di salute, prestando attenzione a non omettere, ovvero riportare in maniera falsa o incorretta, nessuno dei dati o delle notizie richieste.

- |  |   |
|--|---|
| 1. È in attesa di essere ricoverato o di sottoporsi a visite specialistiche (al di fuori di normali controlli di routine) oppure le è stata indicata da un medico la necessità di essere sottoposto ad un intervento chirurgico o ad un trattamento medico?<br>Se "Sì", specificare a cosa dovrà sottoporsi, la patologia diagnosticata o presunta e la sua situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2. Durante gli ultimi 5 anni è stato ricoverato o ha subito interventi chirurgici (ad eccezione dei ricoveri o interventi per appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsilliti, deviazioni del setto nasale, meniscectomia o rottura dei legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, chirurgia estetica, asportazione chirurgica nevi di natura benigna, fimosi, idrocele, emorroidi, papilloma durante l'infanzia o l'adolescenza, varicocele)?<br>Se "Sì", specificare la patologia, l'esito e la situazione attuale: | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. Durante gli ultimi 5 anni, si è sottoposto a visite specialistiche, ad elettrocardiogramma, radiografie o altri accertamenti diagnostici (ad eccezione di controlli sanitari professionali, controlli sportivi o controlli con esito nella norma)?<br>Se "Sì", specificare la patologia, l'esito e la situazione attuale:   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da ipertensione o disturbi cardio-circolatori?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da disturbi o malattie neuropsichiche e del sistema scheletrico e/o ai reni, fegato o polmoni?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico o accertato attraverso esami di laboratorio di essere affetto da diabete?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di diabete sofferto, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da ulcera gastroduodenale?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di ulcera sofferta, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 8. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da patologie tumorali?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 9. Durante gli ultimi 10 anni Le è stato diagnosticato da un medico di essere affetto da disturbi ai principali sistemi/apparati (a titolo esemplificativo: sistema nervoso, muscolo-scheletrico, endocrino, apparato respiratorio, cardiovascolare, digerente, uro genitale, etc.)?<br>Se "Sì", specificare l'anno della diagnosi, la tipologia di malattia sofferta, l'esito e la situazione attuale:  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

- |  |   |
|--|---|
| <p>10. Negli ultimi 12 mesi ha sofferto di astenia cronica (debolezza/debilitazione) o di diarrea cronica ovvero ha notato un ingrossamento delle ghiandole linfatiche o insolite lesioni della pelle?<br/>         Se "Sì", specificare i sintomi e la situazione attuale: La compagnia si riserva di chiederle ulteriori chiarimenti.</p>  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>11. Si sottopone ad una terapia medica (farmacologica e non) prescritta da un medico (ad eccezione di terapie a base di anticoncezionali, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)?<br/>         Se "Sì", specificare da quanto tempo e per quale patologia:</p> | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>12. Si è mai sottoposto, risultando positivo, al test HIV?</p>  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>13. È invalido?<br/>         Se "Sì", allegare il certificato di prima istanza di riconoscimento dell'invalidità ed indicare la percentuale di invalidità e il motivo:</p>  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>14. Ha mai ricevuto risarcimenti o indennizzi a seguito di infortuni o malattie oppure ha fruito, fruisce o ha mai presentato domanda per la pensione di inabilità o di invalidità?<br/>         Se "Sì", specificare il grado di infermità, parte o organo leso, motivo:</p>   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>15. La differenza tra la sua altezza in centimetri ____ ed il suo peso in chilogrammi ____ è inferiore a 80 o superiore a 120?</p>  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>16. Negli ultimi 12 mesi il Suo peso è aumentato o diminuito di 5 o più kg?<br/>         Se "Sì", per quale motivo e di quanti kg:</p>  | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <p>17. Negli ultimi 12 mesi ha effettuato più di 10 giorni di assenza dal lavoro per affezioni lombari o dorsali o per altri problemi di salute (salvo che per ragioni legate alla maternità anticipata o all'ordinario congedo di maternità)?<br/>         Se "Sì", specificare per quale motivo e per quanti giorni e la situazione attuale:</p>   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Consapevole del fatto che, ai sensi degli artt. 1892 e seguenti c.c., eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa, confermo la correttezza delle risposte sopra rese e delle dichiarazioni ivi contenute, nonché di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza avente relazione con i dati e le notizie oggetto del questionario che precede - dati e notizie che riconosco quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia. **Dichiaro inoltre di essere consapevole del fatto che, in caso di risposta affermativa anche ad una sola delle domande poste nel presente questionario, ovvero in caso di rifiuto a fornire le risposte alle medesime domande, il contratto si perfezionerà nel momento in cui la Compagnia, ricevuto il questionario, confermi per iscritto l'accettazione del rischio.**

► **Data** (gg/mm/aa)

**Firma** (leggibile)

**ALLEGATO PER LA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI**

<b>Convenzione assicurativa n.:</b>	<b>Pratica n.:</b>
<b>Nome e Cognome dell'Aderente/Assicurato:</b>	<b>Cod. Fisc.:</b>

**Il sottoscritto, come sopra identificato, designa i seguenti beneficiari in caso di decesso:**  
*(per ciascun beneficiario indicare la quota percentuale; il totale delle quote di tutti i beneficiari deve essere uguale a 100)*

**Beneficiario n. 1**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 2**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 3**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**Beneficiario n. 4**

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

**AVVERTENZE**

- In caso di mancata o errata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Aderente/Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.
- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Se l'Aderente/Assicurato intende designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più allegati per la designazione dei beneficiari.

Il sottoscritto:

- dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento  
*(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)*
- identifica, per esigenze di riservatezza, un Referente terzo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato:

**Referente terzo**

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Telefono:	E-mail:

**\* Data** (gg/mm/aa)

**Firma** (leggibile)