



LOMBARD  
INTERNATIONAL  
ASSURANCE

---

# Private Client Insurance

prodotto di investimento assicurativo  
di tipo unit-linked a vita intera

## **Modulo di Proposta (versione 2446)**

Documento redatto in base alle linee guida del tavolo tecnico  
per i contratti semplici e chiari





---

# Private Client Insurance

---

## Indice



# Private Client Insurance

## Presentazione

Gentile Cliente,

Il presente documento è il Modulo di Proposta del prodotto denominato "Private Client Insurance" emesso da Lombard International Assurance S.A. e concluso per il tramite della sua Sede Secondaria.

Private Client Insurance è un contratto di assicurazione a vita intera e appartiene alla categoria dei prodotti di investimento assicurativi di Ramo III. Trattasi, pertanto, di un'assicurazione sulla durata della vita umana, a premio unico (e con possibilità di premi aggiuntivi) e di tipo unit-linked in cui le prestazioni sono variabili e dipendono dal valore complessivo delle quote di uno o più fondi interni dedicati.

Al fine di agevolare la compilazione del presente Modulo di Proposta, nella pagina successiva potrà trovare una utile guida contenente le "Informazioni sulla compilazione ed elenco dei documenti da fornire" in aggiunta alle ulteriori indicazioni fornite direttamente nelle diverse sezioni del Modulo di Proposta.

La invitiamo a prestare particolare attenzione alla compilazione del Modulo di Proposta in quanto **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, dall'Assicurato o comunque dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**L'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza delle dichiarazioni rese nel questionario sanitario, prima della sua sottoscrizione, e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I costi dell'eventuale visita medica sono a carico del Contraente o dell'Assicurato, a seconda dei casi.**

Oltre al presente Modulo di Proposta (comprensivo dei suoi Allegati), sono parte integrante del Set Informativo del prodotto "Private Client Insurance" (versione 2446) i seguenti documenti:

- le Condizioni Contrattuali che includono il Glossario dei Termini Tecnici e Definizioni nonché gli altri allegati
- il Regolamento del Fondo Interno Dedicato;
- il documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d'investimento assicurativi (KID);
- il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo relativo ai Prodotti d'Investimento Assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP).

**Tali documenti contengono tutte quelle informazioni che sono necessarie affinché possa pervenire a un fondato giudizio sui diritti e obblighi contrattuali, e Le devono essere consegnati contestualmente nella loro ultima versione disponibile prima della sottoscrizione del contratto.**

La informiamo che ciascun documento che compone il Set Informativo riporta una data di realizzazione/aggiornamento e l'ultima versione disponibile è pubblicata nel sito internet [www.lombardinternational.com/italy](http://www.lombardinternational.com/italy) in conformità a quanto previsto dalla normativa pro tempore vigente.

La invitiamo, pertanto, **a leggere attentamente i documenti che compongono il Set Informativo prima della sottoscrizione del contratto.**

Distinti saluti,

Lombard International Assurance S.A.


**INFORMAZIONI SULLA COMPILAZIONE ED ELENCO DEI DOCUMENTI DA FORNIRE**
**MODULO DI PROPOSTA**

- . Sezione 1A: Indicare le informazioni relative al(ai) contraente(i) persone fisiche della polizza.
- . Sezione 1B: Indicare le informazioni relative al trustee contraente della polizza.
- . Sezione 1C: Indicare le informazioni relative alla società contraente della polizza.
- . Sezione 1D: Selezionare la modalità di invio delle comunicazioni della Società.
- . Sezione 1E: Indicare le informazioni relative all'(agli) assicurato(i) vita della polizza.
- . Sezione 2.1: Nomina del(i) beneficiario(i) in caso di decesso.
- . Sezione 2.2: Indicare le comunicazioni da inviare al Beneficiario indicato in forma nominativa.
- . Sezione 2.3: Indicare l'eventuale Referente Terzo.
- . Sezione 3: Indicare l'ammontare del Premio Unico Iniziale; selezionare il metodo di pagamento.
- . Sezione 4: **E' importante che la Prestazione Assicurativa sia selezionata correttamente.**
- . Sezione 5.1: **È importante che la sezione 5.1 sia compilata correttamente. Lombard International Assurance S.A. non potrà procedere alla conversione del Premio Investito in Quote dei rispettivi Fondi Interni Dedicati in caso di mancata compilazione, anche parziale, della presente sezione.**
- . Sezione 5.2: **Informativa sugli investimenti alternativi. Si prega di notare che firmando l'apposita dichiarazione il contraente dà il suo accordo esplicito all'investimento da parte della Società nella relativa categoria di attivi.**
- . Sezione 5.3 e 5.4: Indicare la classificazione per categoria e il profilo di rischio assegnato al Contraente.
- . Sezione 6: Indicare la scelta del contraente in merito all'applicazione o meno della Withholding Tax Reserve. **La presente sezione non va compilata per il Contraente i cui eventuali proventi di Polizza in caso di Riscatto siano conseguiti da soggetti che esercitano attività d'impresa.**
- . Sezione 7: È importante che tutti i costi applicabili al contratto siano indicati chiaramente.
- . Sezione 8: Mandati di divulgazione specifica per la società e per l'intermediario per i rapporti tributari e regolamentari, nonché per il Beneficiario e il Referente Terzo.
- . Sezione 9: Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato. **Si prega di leggere attentamente tale sezione.**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Questo documento deve essere obbligatoriamente compilato e firmato.

**MANDATI DI DIVULGAZIONE SPECIFICA**

Questo documento deve essere obbligatoriamente compilato e firmato da tutte le parti. A seconda dei casi potrà rendersi necessaria la compilazione di più esemplari dello stesso documento.

**QUESTIONARIO "CONOSCI IL TUO CLIENTE"**

Questo documento deve essere obbligatoriamente compilato e firmato in conformità alla normativa antiriciclaggio. Il Distributore Assicurativo dovrà eventualmente apporre la propria firma.

**NOTA IMPORTANTE: Allegare obbligatoriamente al Modulo di Proposta le copie certificate, fronte-retro, dei documenti di identità in corso di validità e dei documenti di attribuzione del codice fiscale di tutte le persone di cui alle sezioni 1A, 1B, 1C e 1E, nonché i documenti ufficiali attestanti l'indirizzo di residenza di tutte le persone di cui alle sezioni 1A, 1B e 1C. In mancanza di tali documenti la Società non potrà effettuare tempestivamente la valutazione e l'accettazione della presente proposta. E' altresì importante apporre le firme in tutti i riquadri riportati nel Modulo di Proposta e in calce alle Condizioni Contrattuali.**

Lombard International Assurance S.A.  
Sede Secondaria in Italia  
Piazza San Marco, 3  
CAP 20121-Milano (Italia)

La documentazione potrà essere anticipata via fax al n. +39 02 3670 5263.

Numero di Polizza preassegnato





Nota Compilare in caratteri maiuscoli.  
Se non diversamente specificato i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa.  
I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile.

## MODULO DI PROPOSTA

### 1A) DATI DEL CONTRAENTE PERSONA FISICA

Se il Contraente è persona fisica si prega di compilare la sezione 1A.

Contraente persona fisica 1		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Cognome						Nome(i) (per esteso)
Cognome da nubile						
Data di nascita						Paese di nascita
Luogo di nascita						Stato civile
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)						
Codice fiscale						
Indirizzo di residenza fiscale						
Via / N°						
Città						
Codice Postale						
Stato						
Telefono						
E-mail						
Altra e-mail (facoltativa)						
Ulteriore residenza fiscale	Numero di identificazione fiscale (ove attribuito)		In base alla normativa del Paese di residenza fiscale non è attribuito alcun numero di identificazione fiscale (o equivalente)			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Dichiaro che non sono residente negli Stati Uniti d'America ai fini fiscali né un cittadino degli Stati Uniti d'America.						
<b>Documento d'identità</b>						
Tipo			Numero			
Data di emissione			Luogo di emissione			
Emesso da			Data di scadenza			
Contraente persona fisica 2		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Cognome						Nome(i) (per esteso)
Cognome da nubile						
Data di nascita						Paese di nascita
Luogo di nascita						Stato civile
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)						
Codice fiscale						



Indirizzo di residenza fiscale		
Via / N°		
Città	Codice Postale	
Stato		
Telefono	E-mail	
Altra e-mail (facoltativa)		
Ulteriore residenza fiscale	Numero di identificazione fiscale (ove attribuito)	In base alla normativa del Paese di residenza fiscale non è attribuito alcun numero di identificazione fiscale (o equivalente)
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dichiaro che non sono residente negli Stati Uniti d'America ai fini fiscali né un cittadino degli Stati Uniti d'America.		
<b>Documento d'identità</b>		
Tipo	Numero	
Data di emissione	Luogo di emissione	
Emesso da	Data di scadenza	

**Nota bene:** il Modulo di Proposta non potrà essere accettato senza i dati sopra richiesti.

## 1B) DATI DEL TRUSTEE CONTRAENTE

Se il Contraente è un trust si prega di compilare la sezione 1B.

Nome della società trustee (se applicabile):	
Io/noi dichiaro/dichiaro di essere trustee del seguente trust:	
Nome del trust	Data di costituzione
Per poter adempiere ai nostri obblighi in base all'accordo FATCA e agli standard comuni di comunicazione di informazioni (CRS), si prega di allegare un modulo per la fiscalità USA W-8BEN-E, oltre ad un Modulo di autocertificazione sullo scambio automatico di informazioni (AEOI), debitamente compilati.	
E-mail	

<b>Dati del settlor</b>	<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Cognome	Nome(i) (per esteso)				
Data di nascita	Paese di nascita				
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)					
Indirizzo di residenza					
Via / N°					
Città	Codice Postale				
Stato					

Io/noi, in qualità di trustee, dichiaro/iamo di avere i poteri necessari per sottoscrivere il presente Modulo di Proposta. Io/noi informerò/informeremo la Società immediatamente in caso di eventuale cambio del/i trustee e io/noi sono/siamo consapevole(i) che un documento di identità è richiesto.



<b>Trustee 1</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Data di nascita		Paese di nascita				
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						
<b>Trustee 2</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Data di nascita		Paese di nascita				
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						
<b>Trustee 3</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Data di nascita		Paese di nascita				
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						
<b>Trustee 4</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Data di nascita		Paese di nascita				
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						

### 1C) DATI DELLA SOCIETÀ CONTRAENTE

Se il Contraente è una società si prega di compilare la 1C.

Denominazione completa della società
Indirizzo della sede legale
Via / N°



Città	Codice Postale
Stato	
E-mail	
Codice fiscale	
Forma giuridica	
<input type="checkbox"/> Società quotata <input type="checkbox"/> Società non quotata <input type="checkbox"/> Altro	
Registrata presso	Registrazione n.
<p>Per poter adempiere ai nostri obblighi in base all'accordo FATCA e agli standard comuni di comunicazione di informazioni (CRS), si prega di allegare un modulo per la fiscalità USA W-8BEN-E, oltre ad un Modulo di autocertificazione sullo scambio automatico di informazioni (AEOI), debitamente compilati.</p> <p>Il consiglio di amministrazione tenutosi in data _____ ha deliberato che io/noi in qualità di amministratore/i sottoscriva/iamo il presente Modulo di Proposta per conto della società e che io/noi informerò/remo la Società immediatamente in caso di modifica degli amministratori. Il numero minimo degli attuali amministratori e/o dei soggetti autorizzati a firmare per conto della società necessario per impartire istruzioni è _____. Io/noi sono/siamo consapevole/i che un documento di identità è richiesto.</p>	
Persone autorizzate a firmare	
Qualità delle persone autorizzate a firmare	
Persona di contatto (con poteri di firma per conto del Contraente)	
Titolo ufficiale	E-mail
<b>Amministratore 1</b> <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Sig.ina <input type="checkbox"/> Altro	
Cognome	Nome(i) (per esteso)
Data di nascita	Paese di nascita
Indirizzo di residenza	
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	
<b>Amministratore 2</b> <input type="checkbox"/> Sig. <input type="checkbox"/> Sig.ra <input type="checkbox"/> Sig.ina <input type="checkbox"/> Altro	
Cognome	Nome(i) (per esteso)
Data di nascita	Paese di nascita
Indirizzo di residenza	
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	





## 1D) COMUNICAZIONI

Il Contraente ha la possibilità di ricevere le comunicazioni inviate dalla Società in corso di Contratto su supporto cartaceo o per posta elettronica. *Compilare solo una delle due sezioni A o B.*

Il supporto cartaceo è l'opzione predefinita ma il Contraente può richiedere di ricevere ogni comunicazione inviata dalla Società a mezzo posta elettronica.

### A) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO SU SUPPORTO CARTACEO

Al fine di individuare l'indirizzo per l'invio della corrispondenza attinente alla Polizza, si prega di selezionare una delle seguenti opzioni:

- indirizzo di residenza fiscale / sede legale del Contraente persona fisica 1 / società
- l'indirizzo del consulente fiscale (ad esempio, commercialista) o consulente legale o broker assicurativo. Con la presente dichiarazione conferisco alla persona nominata il potere di ricevere dalla Società qualsiasi comunicazione e/o documentazione attinente alla Polizza. Resta inteso che la Società non potrà essere ritenuta responsabile in merito a tale scelta.

#### Indirizzo del consulente fiscale, consulente legale o broker

Denominazione completa della società	
Cognome	Nome(i) (per esteso)
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	
E-mail	

Il Contraente è consapevole che l'invio di documenti e/o comunicazioni attinenti alla Polizza all'indirizzo di corrispondenza è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo di residenza/sede legale e, pertanto, implica accettazione dei predetti documenti da parte del destinatario.

La Società si riserva in ogni caso il diritto di contattare i Contraenti direttamente all'ultimo indirizzo di residenza comunicato. La Società avrà la facoltà, ma non l'obbligo, di contattare i Contraenti a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Società, le informazioni possano raggiungere i Contraenti, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Società ritenga più adeguati (per esempio telefono, fax o e-mail). Nel caso in cui vi siano più Contraenti, è sufficiente che ciascuna comunicazione sia data a uno di loro, essendo inteso che ciascun Contraente conferisce mandato agli altri. Nel caso in cui la Società sia obbligata a richiedere ai Contraenti informazioni imposte da norme di legge o regolamenti, siano essi italiani o stranieri, inclusi gli adempimenti fiscali, i Contraenti si impegnano a fornire le informazioni richieste, inclusa qualsivoglia informazione fiscale o finanziaria.

### B) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO TRAMITE POSTA ELETTRONICA

Qualora il Contraente opti per la formalità elettronica, è pregato di selezionare il riquadro che segue e di fornire un valido indirizzo di posta elettronica da questo personalmente utilizzato. In ogni caso, il Contraente ha il diritto di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo della o delle comunicazioni inviate a mezzo posta elettronica.

- Il sottoscritto Contraente 1 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 1 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 1 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**
- Il sottoscritto Contraente 2 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 2 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 2 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**

**Il Contraente riconosce che la mancata selezione del riquadro da parte del relativo Contraente comporterà l'applicazione dell'opzione predefinita e pertanto l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto su supporto cartaceo.**

## 1E) DATI DELL'ASSICURATO

Si prega di indicare nelle caselle qui sotto se il Contraente/Settlor/Amministratore è anche l'Assicurato. In caso contrario, si prega di completare i dati dell'Assicurato nei seguenti spazi.

- Contraente/Settlor/Amministratore 1
- Contraente/Settlor/Amministratore 2



<b>Assicurato 1</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Cognome da nubile						
Data di nascita		Paese di nascita				
Stato civile		Relazione con il Contraente				
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)						
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						

<b>Assicurato 2</b>		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="text"/>
Cognome		Nome(i) (per esteso)				
Cognome da nubile						
Data di nascita		Paese di nascita				
Stato civile		Relazione con il Contraente				
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)						
Indirizzo di residenza						
Via / N°						
Città		Codice Postale				
Stato						

## 2) BENEFICIARIO(I)

### AVVERTENZE IMPORTANTI:

- 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.
- Verificare che la percentuale del beneficio totale corrisponda al 100%.
- In caso di designazione di Beneficiari disposta per testamento, è raccomandabile che la dichiarazione del testatore Contraente faccia specifica menzione della presente Polizza (o comunque del contratto di assicurazione sulla vita) ai fini dell'attribuzione del beneficio al o ai soggetti indicati (così come delle relative percentuali di ripartizione). Tali istruzioni sono ugualmente raccomandabili in caso di modifica o revoca del o dei Beneficiari di Polizza.
- Il Beneficiario deve coincidere con il Contraente in tutte quelle ipotesi di Contraente persona giuridica che non agisca per conto di un terzo soggetto (es. società di capitali o di persone, enti giuridici etc).

#### 2.1 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		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Nome						
Cognome						
Data di nascita						
Luogo di nascita						
Indirizzo						
Codice fiscale / P.IVA						
% Prestazione in Caso di Decesso						%
E-mail						
Altra e-mail (facoltativa)						
Relazione fra il Contraente/Titolare Effettivo con il Beneficiario al momento della sottoscrizione ( <i>informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio</i> ):						
<input type="checkbox"/> Familiare - si prega di specificare						
<input type="checkbox"/> Altro - si prega di specificare						
Beneficiario 2		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Nome						
Cognome						
Data di nascita						
Luogo di nascita						
Indirizzo						
Codice fiscale / P.IVA						
% Prestazione in Caso di Decesso						%
E-mail						
Altra e-mail (facoltativa)						
Relazione fra il Contraente/Titolare Effettivo con il Beneficiario al momento della sottoscrizione ( <i>informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio</i> ):						
<input type="checkbox"/> Familiare - si prega di specificare						
<input type="checkbox"/> Altro - si prega di specificare						
Beneficiario 3		<input type="checkbox"/> Sig.	<input type="checkbox"/> Sig.ra	<input type="checkbox"/> Sig.ina	<input type="checkbox"/> Altro	
Nome						
Cognome						
Data di nascita						
Luogo di nascita						
Indirizzo						
Codice fiscale / P.IVA						
% Prestazione in Caso di Decesso						%
E-mail						
Altra e-mail (facoltativa)						



Relazione fra il Contraente/Titolare Effettivo con il Beneficiario al momento della sottoscrizione *(informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio)*:

- Familiare – si prega di specificare
- Altro – si prega di specificare

## Beneficiario 4

Sig.  Sig.ra  Sig.ina  Altro

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Codice fiscale / P.IVA	<input type="text"/>
% Prestazione in Caso di Decesso	<input type="text"/> %
E-mail	<input type="text"/>
Altra e-mail (facoltativa)	<input type="text"/>

Relazione fra il Contraente/Titolare Effettivo con il Beneficiario al momento della sottoscrizione *(informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio)*:

- Familiare – si prega di specificare
- Altro – si prega di specificare

## Beneficiario 5

Sig.  Sig.ra  Sig.ina  Altro

Nome	<input type="text"/>
Cognome	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Codice fiscale / P.IVA	<input type="text"/>
% Prestazione in Caso di Decesso	<input type="text"/> %
E-mail	<input type="text"/>
Altra e-mail (facoltativa)	<input type="text"/>

Relazione fra il Contraente/Titolare Effettivo con il Beneficiario al momento della sottoscrizione *(informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio)*:

- Familiare – si prega di specificare
- Altro – si prega di specificare

**Beneficiario persona giuridica**

Denominazione completa della società	
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	
Codice Fiscale P.IVA	
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)	
% Prestazione in Caso di Decesso	100%
Relazione con il Beneficiario (informazione richiesta dalla normativa antiriciclaggio):	

**2.2 COMUNICAZIONI AL BENEFICIARIO INDICATO IN FORMA NOMINATIVA**

La Società invierà le comunicazioni in corso di contratto oltre che al Contraente anche a ciascun Beneficiario indicato in forma nominativa, a meno che il Contraente decida diversamente scegliendo una delle opzioni che seguono (in tal caso, selezionare soltanto una delle due caselle).

- Il Contraente esclude l'invio delle comunicazioni in corso di contratto a ciascun Beneficiario.
- Il Contraente richiede alla Società di inviare il rendiconto annuale del Contratto a ciascun Beneficiario indicato in forma nominativa, riconoscendo che il rendiconto fornisce a ciascun Beneficiario tutte le informazioni necessarie relative alla Polizza.

Nel caso in cui la Società sia tenuta agli obblighi di invio anche al Beneficiario indicato in forma nominativa, Il Contraente:

- prende atto e accetta che tali obblighi saranno adempiuti dalla Società secondo le stesse modalità di trasmissione selezionate per il Contraente nella precedente sezione 1.D (modalità cartacea o a mezzo posta elettronica, a seconda di quanto optato);
- riconosce che gli obblighi di invio saranno eseguiti soltanto nei confronti del Beneficiario noto alla Società e presso i recapiti a questa comunicati. In tal senso, il Contraente si impegna a comunicare alla Società ogni eventuale variazione o revoca del Beneficiario e a informare tempestivamente la Società in merito alla modifica dei rispettivi recapiti.

**2.3 REFERENTE TERZO**

Il Contraente può indicare i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo (diverso dal o dai Beneficiari di cui alla sezione 2.1.) a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato

Cognome	Nome(i) (per esteso)
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	
Telefono	
Telefono Cellulare	
Codice Fiscale	
E-mail	



### 3) PREMIO UNICO INIZIALE, PREMI AGGIUNTIVI E MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il Premio Unico Iniziale minimo è pari a 250.000 EUR\* e deve essere pagato in un'unica soluzione a mezzo bonifico bancario e/o trasferimento titoli.

\*Ovvero l'equivalente in diversa valuta. La valuta di riferimento del Contratto è l'Euro.

#### 3.1. PAGAMENTO DEL PREMIO UNICO INIZIALE:

Importo totale del pagamento:

#### 3.2. METODO DI PAGAMENTO DEL PREMIO (selezionare una o più opzioni, a seconda del caso):

- Bonifico bancario
- Trasferimento di titoli rappresentativi di Attivi Ammissibili. Si prega di fornire in allegato la lista completa dei titoli che costituiranno il premio, indicando i dettagli dei titoli, i codici ISIN e la quantità.

#### 3.3. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI COSTI DI ENTRATA IN CASO DI PAGAMENTO DEL PREMIO MEDIANTE TRASFERIMENTO DI TITOLI

- Bonifico bancario
- Vendita di titoli per un importo corrispondente ai Costi di Entrata

#### Nota:

Il bonifico bancario dovrà essere fatto a favore della Sede Secondaria.

Denaro in contanti e titoli al portatore non sono accettati.

L'accettazione di titoli quale pagamento del premio è condizionata alla ammissibilità dei medesimi secondo le regole di investimento del Commissariat aux Assurances e all'approvazione della Società.

Le coordinate bancarie sul quale effettuare il pagamento del premio, anche mediante trasferimento di titoli, saranno comunicati dalla Società nel caso in cui accetti il Modulo di Proposta.

### 4) PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Si prega di selezionare la tipologia di prestazione assicurativa da applicare al Contratto. Per informazioni complete sulle singole voci fare riferimento alle Condizioni Contrattuali.

#### 4.1. EVENTO ASSICURATO\*

Si prega di selezionare l'evento al verificarsi del quale è dovuta la prestazione assicurativa (Prestazione in Caso di Decesso)

- Decesso dell'Unico Assicurato.
- Decesso dell'Ultimo Assicurato.
- Decesso del Primo Assicurato.

(\* selezionare soltanto una tra le soluzioni proposte

#### 4.2. MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO\*\*

Si prega di selezionare la copertura del rischio demografico (Maggiorazione in Caso di Decesso) da corrispondere al Beneficiario a seguito della richiesta di Prestazione in Caso di Decesso.

- Aliquota Decrescente.
- Aliquota Fissa del\*\*       1%       3%       5%
- Aliquota Plus con almeno\*\*       1%       3%       5% di Aliquota Fissa.
- Aliquota Fissa del\*\*       1%       3%       5% integrata della Wealth Life Cover con Soglia di Riferimento al 90% dei Premi Pagati Netti.
- 1%       3%       5% integrata della Wealth Life Cover con Soglia di Riferimento al 95% dei Premi Pagati Netti.
- 1%       3%       5% integrata della Wealth Life Cover con Soglia di Riferimento al 100% dei Premi Pagati Netti.

(\*\*) selezionare soltanto una tra le soluzioni proposte



## 5) DETTAGLI DELL'INVESTIMENTO

### 5.1. DETTAGLI DELL'INVESTIMENTO NEI FONDI INTERNI DEDICATI

In conformità alle percentuali d'investimento minime e nel rispetto delle restrizioni sugli investimenti previste dalla normativa lussemburghese nonché delle soglie sulle operazioni di investimento previste dalle Condizioni Contrattuali, il Contraente desidera che il Premio Unico Iniziale, al netto dei Costi di Entrata, sia convertito in Quote del o dei Fondi Interni Dedicati di seguito indicati:

Il Contraente:

- concorda che gli attivi sottostanti al o ai Fondi Interni Dedicati saranno (i) gestiti dal o dai Gestori in conformità al o ai Profili di Investimento, e (ii) custoditi presso la o le Banche Depositarie di seguito indicate;
- riconosce di aver ricevuto, letto attentamente e compreso l'Allegato sui Profili di Investimento Aggiuntivi denominato

fornito dalla Società e debitamente sottoscritto per presa visione e ricezione dallo stesso Contraente. **In tal senso, accetta che il Profilo di Investimento selezionato tra quelli previsti nel suddetto allegato può comportare l'applicazione dei Costi di Performance e/o degli altri costi in questo previsti. Per l'effetto, il Contraente riconosce che tali costi possono essere oggetto di modifica unilaterale se previsto dall'Allegato sui Profili di Investimento Aggiuntivi.**

Codice del Fondo Interno Dedicato	Profilo di Investimento (1)	Valuta Del Fondo (2)	Gestore (3)	Banca Depositaria (4)		Costo per la Delega di Gestione del Fondo Interno Dedicato (annuale) (6)	Quota parte del Premio Unico Iniziale	
					Fuori SEE (5)		EUR (7)	Titoli (8)
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>
		EUR			<input type="checkbox"/>	%		<input type="checkbox"/>

- Eventuali provvigioni di performance applicate dal Gestore del o dei Fondi Interni Dedicati troveranno evidenza in un apposito allegato al Modulo di Proposta.

Istruzioni per una corretta compilazione:

(1) Si prega di riportare nell'apposito campo:

a) il nome di uno tra i Profili di Investimento Standard messi a disposizione dalla Società tra quelli indicati nel Regolamento del Fondo Interno Dedicato: Prudente, Moderata, Bilanciata, Attiva e Aggressiva;

b) la parola "Altro" qualora il Contraente desideri fornire ulteriori dettagli o preferenze in merito agli obiettivi, alla strategia d'investimento e al profilo di rischio relativi ad uno dei Profili di Investimento Standard (ad esempio con preferenza per certe classi di attivi, aree geografiche, settori economici etc.). Si prega di allegare un separato documento contenente tali precisazioni, che saranno tenute in considerazione da Lombard International Assurance S.A. e dal Gestore per la composizione e la gestione del corrispondente Fondo Interno Dedicato e per la predisposizione del Profilo di Investimento Personalizzato;

c) il nome della linea o della strategia come riportato nell'allegato sui Profili di Investimento Aggiuntivi, se fornito da Lombard International Assurance S.A. (l' "Allegato sui Profili di Investimento Aggiuntivi").

(2) La valuta di denominazione per ciascun Fondo Interno Dedicato è l'euro;

(3) Si prega di riportare nell'apposito campo la denominazione sociale del Gestore, i dati relativi al referente interno, l'indirizzo e l'email;

(4) Si prega di riportare nell'apposito campo la denominazione sociale della Banca Depositaria comprensivo del relativo indirizzo;

(5) Si prega di selezionare l'apposita casella nel caso in cui la Banca Depositaria corrispondente sia situata al di fuori dello Spazio Economico Europeo. In tal caso, includere il nome dello Stato nel campo di cui al precedente punto (4)

(6) Tale costo potrebbe essere ulteriormente aumentato dell'IVA mediante applicazione dell'aliquota pro-tempore vigente in Lussemburgo. Il relativo Costo per la Delega di Gestione del Fondo Interno Dedicato che verrà addebitato al Contratto sarà riportato nel Certificato di Polizza. Per il dettaglio degli altri costi che gravano direttamente o indirettamente sulla Polizza, si prega di fare riferimento alla sezione 7 che segue.

(7) Si prega di indicare l'ammontare in EUR che verrà convertito in Quote del relativo Fondo Interno Dedicato.

(8) Selezionare l'apposita casella nel caso in cui ci sia un trasferimento di titoli che dovranno essere indicati in un separato documento.

Nel caso in cui la o le Banche Depositarie siano situate al di fuori dello Spazio Economico Europeo, il Contraente riconosce e accetta quanto segue:

- di essere stato/i informato/i e acconsentire a che gli attivi sottostanti il fondo interno dedicato a cui la Polizza è collegata verranno custoditi dalla Banca Depositaria;



- di essere stato/i informato/i che le procedure di cooperazione tra le autorità di vigilanza assicurativa che operano nel territorio dell'Unione Europea non sono applicabili al di fuori della stessa e, pertanto, questo potrà determinare un rischio più elevato per gli attivi sottostanti la Polizza in caso di insolvenza della Banca Depositaria;
- di essere stato/i informato/i che il rischio legato alla Banca Depositaria nominata da Lombard International Assurance S.A.;
- di aver l'opzione di richiedere, in qualunque momento, alla Società, di cambiare la Banca Depositaria e che, trattandosi di un requisito previsto dal Commissariat aux Assurances, l'autorità di vigilanza lussemburghese del settore assicurativo, nella Lettera Circolare 16/9, comma 1 (b), in questo caso Lombard International Assurance S.A. nominerà una nuova banca depositaria da un elenco di banche depositarie con cui ha già concluso un Accordo di Deposito;
- sono/siamo consapevole/i del fatto che il requisito della compilazione di questo documento è previsto nella Lettera Circolare 16/9, comma 1 (b), del Commissariat aux Assurances;
- di essere stato/i informato/i e di accettare che qualsiasi rischio associato a negligenza, dolo o inadempienza da parte della Banca Depositaria o a qualsiasi misura esecutiva o di congelamento relativa ai beni sottostanti la Polizza e derivante da una norma di legge o da un ordine di autorità amministrative o giudiziarie.

### 5.2 INVESTIMENTI ALTERNATIVI , FONDI IMMOBILIARI E ATTIVI CARATTERIZZATI DA LIMITATA LIQUIDITÀ: CONSENSO

Il Contraente riconosce che ai sensi della legge lussemburghese la Polizza può investire in investimenti alternativi (quali fondi di private equity, hedge funds e fondi di fondi hedge), fondi immobiliari (e/o fondi di fondi immobiliari) e/o attivi caratterizzati da limitata liquidità (attivi diversi per esempio da attivi liquidi, azioni e obbligazioni quotate e quote di fondi aperti), congiuntamente denominati "Investimenti Specializzati".

Il Contraente prende atto e accetta che:

- gli Investimenti Specializzati possano comportare rischi elevati;
- gli Investimenti Specializzati (in special modo i fondi hedge) possano essere domiciliati in giurisdizioni caratterizzate da una supervisione e un contesto legale e regolamentare relativamente debole e che offre pertanto meno sicurezza di quello che si applica ad investimenti domiciliati in giurisdizioni altamente regolate come il Granducato del Lussemburgo;
- non esiste garanzia che gli obiettivi degli Investimenti Specializzati verranno raggiunti;
- la performance degli Investimenti Specializzati possa variare notevolmente nel tempo. Tale volatilità potrebbe risultare in una perdita sostanziale o addirittura totale del valore degli Investimenti Specializzati;
- gli Investimenti Specializzati possano avere una limitata liquidità, vale a dire che le condizioni applicabili agli Investimenti Specializzati possano prevedere solo riscatti mensili, trimestrali, annuali o addirittura meno frequenti, con uno specifico periodo di preavviso, e in periodi di fermento dei mercati la liquidità potrebbe essere anche più limitata;
- la presente sezione costituisce una nota informativa del Contraente riguardo ai rischi specifici, inclusi i rischi legali e fiscali, che questo tipo di investimenti comporta;
- i costi ragionevolmente sostenuti dalla Società per liquidare attivi caratterizzati da limitata liquidità saranno dedotti dalle prestazioni assicurative.

Il Contraente solleva la Società da ogni responsabilità per le performance degli Investimenti Specializzati.

### 5.3 CLASSIFICAZIONE PER CATEGORIA

Conformemente alla Circolare 15/3 del Commissariat aux Assurances sulle regole d'investimento nei prodotti assicurativi del ramo vita, il Contraente è classificato in una categoria in virtù del Premio investito e del suo patrimonio trasferibile<sup>1</sup>.

Questa classificazione per categoria determina in che tipo di fondo interno può investire la Polizza. In merito a ciascun Fondo Interno Dedicato, questo sarà a sua volta classificato nella stessa categoria attribuita al Contraente medesimo.

<sup>1</sup> Per patrimonio trasferibile si intende il patrimonio espresso sotto forma di titoli trasferibili ed equivalente al valore complessivo degli strumenti finanziari detenuti dal Contraente, a cui si sommano i depositi bancari e il valore dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione, sottratti eventuali debiti di qualsivoglia natura.

Premio da investire:

Patrimonio trasferibile:

	Categoria del Contraente	Premio minimo (tenendo conto di tutti i contratti)	Patrimonio trasferibile (non solo in questa Polizza)
<input type="checkbox"/>	Tipo A	EUR 125.000	EUR 250.000
<input type="checkbox"/>	Tipo B	EUR 250.000	EUR 500.000
<input type="checkbox"/>	Tipo C	EUR 250.000	EUR 1.250.000
<input type="checkbox"/>	Tipo D	EUR 1.000.000	EUR 2.500.000

Subordinatamente a determinati requisiti, il Contraente può inviare una richiesta di modifica della summenzionata categoria, compilando un modulo di "Incremento della categoria di investimento" o di "Decremento della categoria di investimento". Tali moduli sono disponibili presso la Società su richiesta.





#### 5.4 PROFILO DI RISCHIO DEL CONTRAENTE

Conformemente alla Circolare 15/3 del Commissariat aux Assurances sui prodotti assicurativi del ramo vita collegati a fondi interni collettivi (diversi dal tipo N) o a fondi interni dedicati, la Società è tenuta (i) a raccogliere informazioni sui bisogni del Contraente al fine di analizzare le caratteristiche del cliente e (ii) ad assicurare che la o le strategie di investimento proposte siano in linea con l'analisi delle sue caratteristiche. A tal fine, il Contraente dichiara di essere stato informato e di accettare che, qualora la Polizza sia presentata dal Distributore Assicurativo munito di adeguata licenza ai sensi della normativa vigente, la Società utilizzerà il profilo di rischio (il "Profilo di Rischio") definito e applicato dal Distributore Assicurativo. In tal senso, il Contraente conviene e accetta che il Distributore Assicurativo fornisca alla Società tale Profilo di Rischio, allegato alla presente. La Società si riserva il diritto di richiedere maggiori informazioni al Contraente e/o al Distributore Assicurativo ove necessario, come nelle ipotesi in cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, questa non disponga di informazioni sufficienti a condurre un'analisi dei requisiti del Contraente.

Laddove la Polizza non sia presentata dal Distributore Assicurativo come indicato in precedenza, il Contraente accetta di completare il questionario fornito separatamente dalla Società (nel prosieguo definito il "Questionario") affinché quest'ultimo ne determini il Profilo di Rischio.

**Profilo di Rischio (nome)** come definite dal Distributore Assicurativo o dalla Società:

#### 6) OPZIONE PER LA WITHHOLDING TAX RESERVE<sup>(1)</sup>

Il Contraente dichiara di optare per (selezionare l'opzione scelta marcando l'apposito riquadro):

- l'**applicazione della Withholding Tax Reserve** che la Società preleverà annualmente da ciascun Fondo Interno Dedicato secondo le modalità e i termini previsti all'art. 15.1 delle Condizioni Contrattuali; o
- la **non applicazione della Withholding Tax Reserve** ed il contestuale aumento dello 0,05% su base annua del Costo Amministrativo da applicarsi per tutta la durata del Contratto secondo le modalità e i termini indicati agli artt. 15.3 e 27.5 delle Condizioni Contrattuali nonché nella sezione 7 che segue, laddove compilata.

Il Contraente è consapevole ed accetta (i) che l'esercizio di opzioni diverse da quelle summenzionate non è consentito e (ii) che la presente dichiarazione diviene irrevocabile quando comunicata alla Società ai sensi dell'art. 1286 del Codice Civile italiano.

(1) La presente sezione non va compilata per il Contraente i cui eventuali proventi di Polizza in caso di Riscatto siano conseguiti da soggetti che esercitano attività d'impresa.

#### 7) STRUTTURA COSTI<sup>1</sup> APPLICABILI AL CONTRATTO (Da compilarsi solo nel caso in cui la struttura costi indicata dalle Condizioni Contrattuali viene modificata a favore del Contraente.)

##### COSTI GRAVANTI SUL PREMIO UNICO INIZIALE E SUI PREMI AGGIUNTIVI

Costi di Entrata pari a  che saranno applicati a ciascun premio investito nella Polizza.

##### COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

- Costo di Switch<sup>2</sup> (applicato dalla  operazione di Switch eseguita nel corso dell'anno solare) pari allo  % del controvalore delle Quote da trasferirsi con un importo massimo di Euro<sup>3</sup>  per singola operazione di Switch.

- Costi di Riscatto pari a  % trimestrale, corrispondente allo  % annuale nei primi  anni dalla Data di Decorrenza o dalla Data di Investimento di ciascun Premio Aggiuntivo;

- Non sono applicati Costi di Riscatto al Premio Unico Iniziale.

##### COSTI GRAVANTI SU CIASCUN FONDO INTERNO DEDICATO

- Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato pari a  % trimestrale, corrispondente allo  % annuale.
- Onere Amministrativo Aggiuntivo addebitato trimestralmente pari ad Euro<sup>(3)</sup>  % per l'anno 20  %

##### COMPENSI RELATIVI ALLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA

- Compenso di distribuzione assicurativa pari a  % trimestrale, corrispondente allo  % annuale.

##### AVVERTENZE:

- Nel caso in cui il Fondo Interno Dedicato investa in Investimenti Specializzati quali fondi di private equity, hedge funds, fondi di fondi hedge, fondi immobiliari o fondi di fondi immobiliari, il Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato sarà incrementato sino ad un massimo del 25% calcolato sulla quota parte del fondo che investe in tale categoria di attivi ed è comunque soggetto ad un incremento minimo di EUR 750. L'inclusione tra gli Attivi Ammissibili di Investimenti Specializzati diversi da quelli poc' anzi elencati è soggetto al preventivo assenso di Lombard International Assurance S.A. e a costi addizionali che verranno concordati prima dell'inclusione.
- Lombard International Assurance S.A. potrebbe applicare costi amministrativi addizionali per processare determinate operazioni connesse al fondo quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, cambio del Profilo di Investimento, modifica della Banca Depositaria o del Gestore del fondo. Tali costi, inclusi eventuali costi notarili o simili, saranno addebitati sul Fondo Interno Dedicato interessato.
- Il Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato potrebbe essere ulteriormente aumentato dello 0,05% su base annua nel caso in cui il Contraente abbia optato per la non applicazione della Withholding Tax Reserve di cui alla precedente sezione 6. Il Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato potrebbe essere ulteriormente aumentato dello 0,05% su base annua nel caso in cui il Contraente abbia optato per la non applicazione della Withholding Tax Reserve di cui alla precedente sezione 6. Il Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato indicato nella



presente sezione è da intendersi al netto dell'incremento dello 0,05% su base annua.

- Il Costo per l'Amministrazione del Fondo Interno Dedicato che verrà addebitato su ciascun fondo sarà riportato nel Certificato di Polizza.

<sup>1</sup> Per la descrizione di ciascuna voce di costo e per maggiori informazioni sui costi applicati si prega di fare riferimento alle Condizioni Contrattuali e al Regolamento del Fondo Interno Dedicato.

<sup>2</sup> Applicabile in caso di più fondi collegati alla Polizza. Tale costo non è applicato sui prelievi destinati alla Withholding Tax Reserve.

<sup>3</sup> I costi determinati in misura fissa sono soggetti a revisione al primo gennaio di ogni anno per riflettere l'indicizzazione. Tale indicizzazione è calcolata alla luce dell'andamento dell'IPCH (Indice des prix à la consommation harmonisé - indice armonizzato dei prezzi al consumo) pubblicato da STATEC (Service National de la Statistique et de Etudes Economiques) del Dipartimento di Statistica del Lussemburgo il precedente 30 novembre sui 12 mesi precedenti, a cui verrà aggiunto uno spread in misura fissa dello 0,75%. In ogni caso, viene prevista una indicizzazione annuale non inferiore allo 0,50%. La Società si riserva di comunicare in anticipo al Contraente l'eventuale modifica dell'indice utilizzato per l'indicizzazione. Inoltre, sempre con riferimento ai costi determinati in misura fissa, gli ammontari in euro sono valorizzati nella Valuta del Fondo al giorno di addebito.

## 8) MANDATO DI DIVULGAZIONE SPECIFICA PER LA SOCIETÀ E PER L'INTERMEDIARIO PER I RAPPORTI TRIBUTARI E REGOLAMENTARI

Il(l) Contraente(i) dà(nno) mandato di divulgazione specifica per la trasmissione di informazioni a Lombard International Assurance S.A. con sede legale in 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg (di seguito "Lombard International Assurance S.A.") e con sede secondaria in Milano (Italia), Piazza San Marco, n. 3, CAP 20121 (di seguito la "Sede Secondaria") (congiuntamente Lombard International Assurance S.A. e la Sede Secondaria, di seguito come la "Società"), e a FIDIGER S.p.A. con sede legale in Milano (Italia), Via Vittor Pisani 16, CAP 20124 (di seguito "Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari").

In presenza della Società, è convenuto quanto segue:

- Il Contraente autorizza espressamente la Società a trasmettere direttamente e/o attraverso l'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari nominato le informazioni, la documentazione ed i dati, di natura confidenziale o meno, relativi alla Polizza sopra indicata, e ad ogni altra polizza eventualmente sottoscritta con la Società, alle competenti autorità di vigilanza, tributarie e giudiziarie italiane e straniere (tra cui, ad esempio in Italia, Agenzia delle Entrate, Banca d'Italia e IVASS.) al fine di ottemperare agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di antiriciclaggio della Società (tra cui, ad esempio, la comunicazione all'Archivio dei Rapporti Finanziari, le registrazioni nell'Archivio Unico Informatico presso la Banca d'Italia e gli adempimenti ai fini FATCA) anche in occasione di ispezioni, verifiche e interrogazioni da parte delle predette autorità.
- Il Contraente autorizza espressamente l'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari, o qualsiasi suo rappresentante o impiegato, in virtù del presente mandato specifico relativo alla trasmissione di informazioni, a:
  - ottenere dalla Società o da qualsiasi suo impiegato o rappresentante, le informazioni, la documentazione ed i dati, di natura confidenziale o meno, relativi alla Polizza sopra indicata, e ad ogni altra polizza eventualmente sottoscritta con la Società, e richiesti al fine di ottemperare agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di antiriciclaggio della Società. Le suddette informazioni, la documentazione e i dati potranno essere trasmessi dalla Società all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari telefonicamente, per fax, posta (raccomandata o meno) o attraverso qualsiasi altro mezzo elettronico.
  - trasmettere le suddette informazioni, la documentazione e i dati alle predette competenti autorità nella misura richiesta e necessaria al fine di adempiere agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di antiriciclaggio della Società.
- Ai sensi dell'articolo 2003 del Codice Civile Lussemburghese, questo mandato sopravviverà alla morte o a qualsiasi procedura di insolvenza avviata nei confronti del Contraente. Se uno dei Contraenti, la Società o un Destinatario è soggetto ad una acquisizione, fusione, trasformazione o consolidamento in o da parte di un'altra persona giuridica, l'entità risultante sarà il successore legale e/o contrattuale di tale parte. In tal caso, la Società o il Contraente può rescindere il mandato senza preavviso entro 30 giorni dalla notifica dell'evento.
- Nel caso in cui l'incarico all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari termini per qualsiasi motivo e un Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari sia nominato dalla Società, quest'ultima comunicherà il nuovo nominativo al Contraente. Il Contraente espressamente conferisce al nuovo Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari i medesimi poteri già conferiti all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari con il presente mandato. L'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari comunicherà al nuovo Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari tutte le informazioni, la documentazione e i dati relativi alla Polizza.
- Questo mandato è soggetto alle Condizioni Contrattuali della Polizza e sarà disciplinato e interpretato in conformità con le leggi del Granducato di Lussemburgo. I tribunali del Lussemburgo hanno competenza esclusiva per qualsiasi controversia relativa all'esistenza, all'interpretazione, alla validità e all'esecuzione del presente mandato.

## 9) DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Dopo attenta verifica, il Contraente e l'Assicurato:

- **dichiarano e confermano che tutte le dichiarazioni rilasciate, di pugno oppure no, sono vere e complete in base alle informazioni in possesso e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza rilevante ai fini della stipula del Contratto di cui al presente Modulo di Proposta;**
- dichiarano di aver fornito tutte le informazioni pertinenti relative al presente Modulo di Proposta, indipendentemente dal fatto che fossero oggetto delle domande del presente Modulo di Proposta o di qualsiasi questionario supplementare che possa influire sulla decisione della Società relativamente al presente Modulo di Proposta;
- dichiarano di essere a conoscenza del fatto che la Società non può svolgere attività di gestione individuale di portafoglio. Per tale motivo, il Contraente dichiara di essere perfettamente consapevole che l'investimento dei premi e la successiva gestione dei Fondi Interni Dedicati è rimessa all'esclusivo giudizio della Società e dei Gestori da questa selezionati e nominati, senza che il Contraente abbia mai facoltà di dare istruzioni o indicazioni o possa mai avanzare pretese o richieste di risarcimento per cattiva gestione contro la Società o contro alcuno dei Gestori selezionati, al di fuori dei casi di dolo o colpa grave;
- riconoscono che prima della Data di Decorrenza il Contratto non produce i suoi effetti e non sussiste alcuna copertura assicurativa;
- **riconoscono che le informazioni e le risposte fornite sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società e che pertanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alle prestazioni previste dal Contratto ai sensi degli Art. 1892 e 1893 del Codice Civile;**



- dichiarano che l'Assicurato gode, per quanto di conoscenza, di buona salute e non è sottoposto a trattamenti terapeutici continui. **L'Assicurato autorizza il proprio medico curante o altri medici professionisti a comunicare alla Società le informazioni relative al proprio stato di salute e che siano necessarie per la valutazione del rischio e l'adempimento delle prestazioni in caso di decesso e autorizza quest'ultima a trasmetterle al proprio riassicuratore;**
- riconoscono altresì che all'Assicurato potrà essere richiesto (o potrà richiedere) di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute sopportandone i relativi costi;

#### CON RIFERIMENTO ALLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA DEL PRODOTTO

Il Contraente:

- dichiara di aver ricevuto dall'addetto alla distribuzione assicurativa (l' "Addetto"), contestualmente e prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'ultima versione disponibile pubblicata nel sito [www.lombardinternational.com/italy](http://www.lombardinternational.com/italy) delle Condizioni Contrattuali (comprendenti dei suoi Allegati), del documento contenente le informazioni chiave per gli investitori relativo al presente prodotto (KID), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP) e del Modulo di Proposta (comprendente dei suoi allegati) che compongono il Set Informativo del prodotto di investimento assicurativo "Private Client Insurance" (versione 2446); e che quanto ricevuto dall'Addetto corrisponde alla (o comunque include la) versione dei suddetti documenti messi a disposizione dalla Società nel proprio sito internet alla data della firma del Modulo di Proposta. Confermiamo, inoltre, di aver ricevuto i documenti che compongono il Set Informativo in tempo utile prima della firma del Modulo di Proposta e comunque di averli ricevuti con sufficiente anticipo per analizzarne il contenuto al fine di prendere una decisione d'investimento informata in merito alla stipula o meno del Contratto;**
- dichiara di essere stato informato dall'Addetto in merito alla possibilità di poter modificare la scelta effettuata relativa alle modalità di comunicazione e di consegna a cui il medesimo è tenuto nella sua attività di distribuzione assicurativa;
- dichiara di aver fornito all'Addetto, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile a identificare le richieste ed esigenze del sottoscritto Contraente, **al fine di aver consentito all'Addetto di proporre un Contratto coerente con tali richieste ed esigenze e di avere ricevuto dall'Addetto le informazioni oggettive sul prodotto, con illustrazione delle caratteristiche, della durata, dei costi, dei limiti della copertura assicurativa e di ogni altro elemento utile a consentire al sottoscritto Contraente di prendere una decisione informata;**
- dichiara altresì di aver fornito all'Addetto, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, **ogni informazione necessaria ad aver consentito all'Addetto di effettuare la valutazione di adeguatezza e/o di idoneità del Contratto, relative in particolare alle proprie conoscenze ed esperienze in materia di investimenti in prodotti d'investimento assicurativi, e/o alla propria situazione finanziaria, tra cui la propria capacità di sostenere le perdite, e ai propri obiettivi di investimento, inclusa la tolleranza al rischio;**
- in caso di rifiuto di fornire una o più delle informazioni indicate in precedenza, ovvero di informazioni insufficienti, dichiara di avere sottoscritto l'apposita dichiarazione, allegata al presente Modulo di Proposta, sottoscritta anche dall'Addetto, dalla quale risulta la specifica avvertenza che tale rifiuto pregiudica la capacità dell'Addetto di garantire la coerenza del Contratto rispetto alle richieste ed esigenze del sottoscritto Contraente e di valutare se il Contratto sia adeguato e/o idoneo;**
- nel caso in cui l'Addetto abbia ritenuto la proposta non coerente con le richieste ed esigenze del sottoscritto Contraente, ovvero il Contratto non adeguato e/o idoneo, dichiara di essere stato informato di tale circostanza dall'Addetto e di avere ricevuto, a tale proposito, un'apposita dichiarazione da parte del medesimo Addetto, che ne specifica i motivi, sottoscritta anche dallo stesso Addetto;**
- nel caso in cui l'Addetto abbia offerto una consulenza prima della conclusione del Contratto, dichiara di avere ricevuto una raccomandazione personalizzata contenente i motivi per i quali il Contratto è stato ritenuto idoneo a soddisfare le richieste ed esigenze del sottoscritto Contraente;**
- dichiara inoltre di aver ricevuto dall'Addetto copia della dichiarazione conforme al modello di cui all'Allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018, da cui risultino i dati essenziali dell'Addetto e della sua attività e le informazioni in materia di conflitti d'interesse; e, ove applicabile, la dichiarazione di idoneità del Contratto di cui all'articolo 14 del Regolamento Delegato (UE) 2017/2359, che include lo schema della consulenza eventualmente fornita e le informazioni sul perché dell'idoneità della raccomandazione personalizzata eventualmente ricevuta.**

Dopo attenta verifica il Contraente:

#### CON RIFERIMENTO ALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI E AL SET INFORMATIVO

- dichiara e conferma che tutte le informazioni e le risposte fornite nelle sezioni da 1 a 9 del presente Modulo di Proposta, nonché in ogni altro documento e/o appendice a questo acclusi, sono esatte e complete;
- dichiara di aver preventivamente ricevuto, compreso, esaminato ed accettato il Set Informativo (versione 2446) composto dalle Condizioni Contrattuali (e dai suoi Allegati), dal documento contenente le informazioni chiave per gli investitori relativo al presente prodotto (KID), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP) e dal presente Modulo di Proposta (e dai suoi Allegati);
- dichiara di aver ricevuto informazioni inerenti al prodotto di investimento assicurativo di tipo unit-linked a vita intera denominato "Private Client Insurance" ai fini dell'adozione di una decisione informata;
- prende atto ed accetta che la Società ha la facoltà di accettare il presente Modulo di Proposta concludendo il Contratto;
- prende atto di poter revocare la presente proposta contrattuale, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private, fino a quando non è informato della conclusione del Contratto;**
- prende atto di poter recedere dal Contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 177 del Codice delle Assicurazioni Private, entro trenta giorni dalla data in cui sono stato informato che il Contratto è concluso. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società è tenuta al rimborso di una somma corrispondente ai premi versati al netto delle spese sostenute per l'emissione della polizza e dei Costi per la Maggiorazione in Caso di Decesso relativi al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.**
- prende atto che Lombard International Assurance S.A. ha definito una politica sui conflitti di interesse per individuare, prevenire e gestire gli stessi (anche in relazione agli incentivi ed ai meccanismi di remunerazione) e che il documento contenente la politica concernente i conflitti di interesse ed il relativo registro sono disponibili su richiesta. Lombard International Assurance S.A. comunicherà al Contraente eventuali conflitti di interesse per i quali non ci sia certezza che i presidi posti per la gestione degli stessi siano sufficienti ad assicurare che sia evitato il rischio di nuocere agli interessi del Contraente.



- prende atto ed accetta che il presente Contratto è regolato ed interpretato secondo la legge italiana, salvo che non diversamente stabilito e fatta salva, in ogni caso, l'applicazione della normativa vigente nel Granducato di Lussemburgo in materia di investimenti nei Fondi Interni Dedicati ed in particolare della Circolare 15/3;
- dichiara di avere residenza in Italia o di essere cittadino di questo paese (in caso di cittadinanza italiana, ma non di residenza, è richiesta la dichiarazione di scelta della legge applicabile allegata al Modulo di Proposta);
- dichiara che i fondi utilizzati per il pagamento del premio non provengono da alcuna attività penalmente perseguibile, come ad esempio il traffico di stupefacenti, prostituzione, traffico d'armi e dichiara, inoltre, che detti fondi non violano la legge italiana e/o lussemburghese in materia di antiriciclaggio;
- dichiara di aver ricevuto ed accettato l'illustrazione dei Costi per Maggiorazione in Caso di Decesso e la tabella sul costo percentuale unitario che verranno effettivamente applicati alla Polizza e appositamente predisposte per il mio/nostro caso concreto, e comunque di essere stato informato della possibilità di richiedere alla Società tale documentazione;
- desidera che il o i Fondi Interni Dedicati collegati alla Polizza siano gestiti nel rispetto dei Dettagli dell'Investimento nei Fondi Interni Dedicati indicati alla precedente Sezione 5.1 e riconosce che la o le strategie terranno conto di limitazioni qualora sia stata selezionata l'Aliquota Plus o la Wealth Life Cover;
- attesta di avere accesso regolare a Internet e che tale modalità di comunicazione risulta appropriata per il contesto in cui il rapporto tra la Società e il Contraente si svolge o si svolgerà.

#### CON RIFERIMENTO AI FONDI INTERNI DEDICATI

Il Contraente:

- riconosce di non essere titolare delle Quote dei Fondi Interni Dedicati che sono e rimangono di proprietà di Lombard International Assurance S.A., così come gli attivi sottostanti, ma di poter soltanto richiedere le prestazioni previste dal Contratto. Riconosce che eventuali depositi in denaro custoditi presso la Banca Depositaria sono soggetti al rischio di insolvenza della banca medesima e che tale rischio è a carico del Contraente;
- **dichiara che la scelta del Profilo di Investimento di ciascun Fondo Interno Dedicato è stata oggetto di valutazione di coerenza, nonché di adeguatezza / idoneità da parte del Distributore Assicurativo;**
- prende atto che gli attivi sottostanti il o i Fondi Interni Dedicati sono legalmente separati dalle attività e passività della Società e devono essere custoditi, per espressa previsione di legge, presso la o le Banche Depositarie nominate con l'approvazione del Commissariat aux Assurances del Granducato del Lussemburgo. Gli attivi sottostanti devono essere tenuti fuori dal bilancio della Banca Depositaria, ad eccezione dei depositi di denaro che sono soggetti al rischio di insolvenza della Banca Depositaria. Prende atto ed accetta che tale rischio è a carico del Contraente;
- prende atto che il perseguimento degli obiettivi previsti da ciascun Profilo di Investimento associato al relativo Fondo Interno Dedicato potrebbero comportare che l'effettiva gestione, nel rispetto dei limiti contrattuali e del Regolamento del Fondo Interno Dedicato, possa richiedere significativi scostamenti nella composizione degli attivi sottostanti rispetto al Benchmark, anche con riferimento all'esposizione valutaria. **Riconosce ed accetta, inoltre, che in ogni caso il Benchmark è calcolato in euro, è mostrato a titolo puramente indicativo e non costituisce un indicatore di risultati futuri della gestione degli attivi sottostanti del Fondo Interno Dedicato e, in tal senso, Lombard International Assurance S.A. e il Gestore da questi nominato non hanno alcun obbligo di raggiungerlo o di superarlo;**
- prende atto che, nel caso in cui l'Accordo di deposito con la Banca Depositaria venga risolto per qualsivoglia motivo, Lombard International Assurance S.A. procederà con la nomina di una nuova Banca Depositaria previo invio di una comunicazione al Contraente nell'ambito della quale saranno indicati gli estremi della nuova Banca Depositaria che si intende nominare. Laddove dovessero sussistere motivate ragioni di urgenza, Lombard International Assurance S.A. si riserva la facoltà di procedere direttamente con la nomina di una Banca Depositaria tra quelle incluse nella lista di banche depositarie situate all'interno dello Spazio Economico Europeo con le quali Lombard International Assurance S.A. ha già concluso un Accordo di Deposito, dandone successiva comunicazione al Contraente;
- prende atto ed accetta che gli oneri inerenti l'acquisizione, la dismissione e/o la custodia delle attività di ciascun Fondo Interno Dedicato sono quantificati e addebitati dalla singola Banca Depositaria. In tal senso, dichiara inoltre di essere stato informato della possibilità di richiedere alla Società copia delle informazioni relative a tali oneri.

#### CON RIFERIMENTO AI RESIDENTI IN SVIZZERA

- Il o i sottoscritti Contraenti dichiarano di non essere residenti in Svizzera;

#### CON RIFERIMENTO ALLA DICHIARAZIONE DI POSSESSO DELLA QUALIFICA DI "NON-U.S. PERSON"

Il o i sottoscritti Contraenti:

- prendono atto che per vari motivi commerciali, normativi e fiscali, la Società non accetta come titolari di polizze o assicurati sulla vita o pagatori effettivi dei premi le cosiddette "U.S. Person" (come successivamente definite).

**Il/I titolare(i) delle polizze conferma/no** alla Società che nessuno dei suddetti titolari di polizze, assicurati sulla vita o pagatori effettivi di uno o più premi dell'assicurazione vita è una "U.S. Person", come successivamente definita.

L'espressione "U.S. Person" indica uno dei seguenti soggetti:

- a. un cittadino degli Stati Uniti (comprese le persone con doppia cittadinanza);
- b. un "U.S. resident alien" (ossia una persona legalmente residente in permanenza negli Stati Uniti, ad esempio un titolare di "green card" (carta verde), o chiunque possieda i requisiti di "substantial physical presence" ("presenza fisica sostanziale"); (i requisiti sono consultabili nel sito web dell'IRS: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc851.html>);
- c. persona ancora domiciliata negli Stati Uniti indipendentemente dai requisiti della "presenza fisica sostanziale" sopra indicati; (se la persona lascia gli Stati Uniti nel corso del corrente anno di calendario e non intende ritornarvi o soddisfare i requisiti di "presenza fisica sostanziale" nel corso dell'anno successivo, tale persona non è più considerata come domiciliata negli Stati Uniti ai fini del presente modulo. Tale circostanza deve essere dimostrata mediante prove di residenza ufficiali ed effettive);



- d. chiunque usufruisca della qualifica di "U.S. Person" in applicazione della normativa fiscale degli Stati Uniti per qualsiasi altro motivo (tra cui a mero titolo d'esempio la doppia residenza, essere nato negli Stati Uniti, la presentazione all'IRS di una dichiarazione dei redditi congiunta da parte del coniuge, la rinuncia alla cittadinanza statunitense, la residenza permanente a lungo termine negli Stati Uniti o l'utilizzo di un indirizzo postale o di un numero di casella postale negli Stati Uniti);
- e. una persona fisica residente negli Stati Uniti o in uno dei suoi territori (Portorico, Guam, Samoa, Isole Vergini statunitensi, Isole Marianne settentrionali), indipendentemente dalla sua situazione fiscale negli Stati Uniti;
- f. una società di persone, una società di capitali, una società a responsabilità limitata costituita o organizzata in ottemperanza alle leggi degli Stati Uniti o delle leggi di uno dei suoi Stati, del Distretto di Columbia o di qualsiasi possedimento o territorio degli Stati Uniti
- g. l'acquirente di una polizza di assicurazione sulla vita per conto di una "U.S. Person",
  - in qualità di Trustee, oppure
  - in qualsiasi altra qualità.

**Inoltre il/i titolare(i) delle polizze conferma/no** alla Società che nessuno dei suddetti titolari di polizza o pagatori effettivi del premio o dei premi dell'assicurazione vita è una "U.S. owned foreign entity" (entità estera di proprietà statunitense). L'espressione "U.S. owned foreign entity" indica qualsiasi entità estera che abbia uno o più proprietari sostanziali statunitensi. Per proprietario sostanziale statunitense si intende una "U.S. Person" che:

- qualora l'entità estera sia una società di capitali, detenga direttamente o indirettamente più del 10 per cento del capitale di quella società di capitali (o per diritti di voto o per valore);
- qualora l'entità estera sia una società di persone, detenga direttamente o indirettamente più del 10 per cento della partecipazione agli utili o nel capitale di quella società di persone;
- qualora l'entità estera sia un trust, detenga direttamente o indirettamente più del 10 per cento dell'interesse economico in quel trust.

**Il/I titolare(i) delle polizze si impegna/no a informare immediatamente la Società di qualsiasi variazione delle informazioni e dichiarazioni fornite nel presente modulo.**

**Inoltre il/i titolare(i) delle polizze dichiara/no di aver debitamente informato della comunicazione alla Società dei loro dati personali qui riportati i gli assicurati sulla vita e i pagatori effettivi di uno o più premi delle polizze nominati nel presente modulo, o se necessario di avere ottenuto a tal fine il loro consenso.**

#### CON RIFERIMENTO AGLI OBBLIGHI DI NATURA LEGALE E FISCALE

Il Contraente:

- dichiara di essere consapevole che la sottoscrizione del Contratto potrà avere delle conseguenze fiscali e di essere tenuto a rispettare gli obblighi fiscali vigenti nel proprio Paese di residenza, anche nel caso in cui quest'ultima muti in corso di Contratto. A tal riguardo, dichiara di essere stato consigliato di richiedere un parere fiscale indipendente. Inoltre si impegna a comunicare per iscritto alla Sede Secondaria ogni cambio di residenza, ovvero trasferimento della sede legale, entro i trenta giorni successivi all'intervenuto trasferimento;
- dichiara di conformarsi alle leggi e ai regolamenti del proprio Paese di residenza;
- dichiara di aver fornito alla Società, tutta la documentazione ragionevolmente richiesta da quest'ultima, comprovante la piena conformità agli obblighi anche di natura fiscale applicabili in relazione alla Polizza.

#### CON RIFERIMENTO ALLA DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ FISCALE

Il o i sottoscritti Contraenti con la presente:

- dichiarano che io, noi, il Titolare Effettivo e, ove applicabile, la persona che versa i premi delle Polizze, ci conformiamo agli obblighi fiscali applicabili (gli "Obblighi Fiscali") in relazione alle Polizze;
- confermiamo inoltre che si conformeranno a tutti gli Obblighi Fiscali connessi all'esistenza delle, e alle operazioni sulle, Polizze. I Contraenti liberano altresì la Società da qualsiasi responsabilità e la terranno indenne da qualsiasi conseguenza che dovesse risultare dal mancato rispetto degli Obblighi Fiscali da parte dei Contraenti;
- dichiarano, inoltre, di aver fornito alla Società, tutta la documentazione ragionevolmente richiesta da quest'ultima, comprovanti la piena conformità agli obblighi fiscali applicabili in relazione alla Polizza e si impegnano ad informare immediatamente la Società di qualsivoglia modifica inerente la validità della presente dichiarazione di conformità fiscale;
- acconsentono che la Società possa raccogliere e trattare i dati relativi alla conformità fiscale delle Polizze;
- riconoscono che la Società non fornisce alcuna consulenza legale o fiscale e confermano che si rivolgeranno ai propri consulenti legali o fiscali per qualsiasi questione relativa agli Obblighi Fiscali;
- prendono atto e riconoscono che le dichiarazioni e la documentazione attestante la conformità fiscale, rappresentano elementi essenziali per la Società e che la Polizza sarà emessa facendo affidamento sulla accuratezza e completezza di tali dati. Pertanto eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, oltre che la mancata produzione della documentazione richiesta dalla Società, può compromettere il diritto alle prestazioni previste dal Contratto e in particolare essere causa di annullamento della Polizza o di recesso da parte della Società;
- acconsentono che la Società possa divulgare tale dichiarazione di conformità fiscale a terze parti, ivi compresi, a titolo esemplificativo, la Banca Depositaria o qualsiasi autorità del Granducato di Lussemburgo o qualsivoglia autorità amministrativa o giudiziaria locale, laddove la divulgazione di tali informazioni sia richiesta dalle leggi locali e regolamentari per l'emissione e l'esistenza della Polizza.

#### CON RIFERIMENTO ALLO SCAMBIO AUTOMATICO DI INFORMAZIONI

Il o i sottoscritti Contraenti:

- prendono atto che la Società, al ricorrere di determinate condizioni, potrebbe essere tenuta per legge a mettere a disposizione delle autorità fiscali competenti, anche su richiesta da parte delle autorità fiscali di altri Paesi, determinate informazioni relative al Contraente, al Beneficiario, alla Polizza, e / o ai pagamenti effettuati o maturati in forza della Polizza stessa.

Il o i sottoscritti Contraenti, in particolare, sono consapevoli che la Polizza, al ricorrere di determinate condizioni, potrebbe ricadere nell'ambito di applicazione delle procedure per lo scambio automatico delle informazioni previste (i) dal FATCA, (ii) dalla Direttiva 2003/48 /CE sulla tassazione dei redditi derivanti da risparmio, come modificata dalla Direttiva 2014/48 / UE, (iii) dalla Direttiva del Consiglio 2011/16 / UE sulla



cooperazione amministrativa in ambito fiscale, come modificata dalla Direttiva del Consiglio 2014/107 / UE e / o (iv) dagli standard per lo scambio automatico di informazioni finanziarie in materia fiscale elaborato dall'OCSE unitamente ai Paesi del G20 (comunemente denominato "Common Reporting Standard"), secondo le modalità con le quali tali provvedimenti sono o saranno implementati in ciascuno dei Paesi interessati.

Tali informazioni, che possono includere dati personali del soggetto segnalato (in particolare il suo/il loro nome, indirizzo, Paese/i di residenza fiscale, data e luogo di nascita e codice/i fiscale/i) e alcuni dati sulle polizze interessate (in particolare i numeri della polizza, il valore economico o il valore di riscatto della polizza, l'importo di ogni riscatto parziale o totale pagato nel corso dello scorso anno), verranno inviate dall'ente amministrativo italiano per le imposte (Agenzia delle Entrate) alle autorità competenti nelle Giurisdizioni Passibili di Segnalazione.

Le disposizioni relative ai predetti regimi di scambio di informazioni sono particolarmente complesse.

In caso di domande in merito all'individuazione della Sua residenza fiscale, La invitiamo a rivolgersi a un consulente fiscale indipendente ovvero all'Autorità fiscale locale. Potrà inoltre reperire ulteriori informazioni sul portale dell'OCSE dedicato allo scambio automatico di informazioni.

## CON RIFERIMENTO AL MANDATO DI DIVULGAZIONE SPECIFICA PER LA SOCIETÀ E PER L'INTERMEDIARIO PER I RAPPORTI TRIBUTARI E REGOLAMENTARI

Il o i sottoscritti Contraenti prendono atto ed accettano, con valore di mandato, di conferire apposito mandato di divulgazione specifica per la Società e per l'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari ai sensi e per gli effetti di quanto previsto nella precedente sezione.

## CON RIFERIMENTO AGLI INVESTIMENTI SPECIALIZZATI

Il o i sottoscritti Contraenti prendono atto ed accettano quanto riportato nella precedente sezione 5.2 in merito agli Investimenti Specializzati e sollevano la Società da ogni responsabilità per le performance degli Investimenti Specializzati.

## CON RIFERIMENTO ALLA DICHIARAZIONE NEL CASO DI UTILIZZO DI BANCHE DEPOSITARIE SITUATE AL DI FUORI DELLO SPAZIO ECONOMICO EUROPEO

Il o i sottoscritti Contraenti riconoscono ed accettano quanto riportano alla sezione 5.1 nel caso in cui la o le Banche Depositarie siano situate al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

## ALTRE DICHIARAZIONI

Il o i sottoscritti Contraenti:

- dichiarano di sottoscrivere la Polizza con la Società nel loro esclusivo interesse e s'impegnano a comunicare tempestivamente ogni successiva modifica.
- dichiarano di sottoscrivere la Polizza con la Società, nell'interesse del o dei Titolari Effettivi indicati nel Questionario "Conosci il tuo cliente" e s'impegnano a comunicare tempestivamente ogni successiva modifica.

(selezionare una delle due suddette opzioni)

Data	Luogo
<b>Firma del Contraente 1</b>	
Data	Luogo
<b>Firma del Contraente 2</b>	

Gli Assicurati, singolarmente considerati, manifestano altresì il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile.

Data	Luogo
<b>Assicurato 1</b>	
Data	Luogo
<b>Assicurato 2</b>	


**Firma del Titolare Effettivo (se diverso dal Contraente) con riferimento alla dichiarazione di conformità fiscale**

Cognome	Nome(i) (per esteso)
<b>Firma del Titolare Effettivo</b>	
Cognome	Nome(i) (per esteso)
<b>Firma del Titolare Effettivo</b>	

**Spazio riservato all'addetto alla distribuzione assicurativa (Allegare fotocopia fronte/retro di un documento d'identità)**

Il sottoscritto addetto alla distribuzione assicurativa (l'"Addetto"):

Dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione dei Contraenti e degli Assicurati le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del premio sarà effettuato con le modalità sopra indicate.

Dichiara di aver effettuato la valutazione di coerenza, nonché di adeguatezza / idoneità;

Dichiara (i) di avere acquisito, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile e necessaria a identificare le richieste ed esigenze del Contraente e di avere positivamente valutato la coerenza, nonché l'adeguatezza / idoneità del Contratto; (ii) di aver fornito al Contraente informazioni oggettive sul Contratto in una forma comprensibile al fine di consentirgli di prendere una decisione informata; (iii) di avere consegnato al Contraente copia della dichiarazione conforme al modello di cui all'Allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018; (iv) di avere fornito, ove applicabile, la dichiarazione di idoneità del Contratto di cui all'articolo 14 del Regolamento Delegato (UE) 2017/2359; (v) in caso di rifiuto del Contraente a fornire una o più delle informazioni di cui sopra, di avere consegnato al Contraente l'apposita dichiarazione, allegata al presente Modulo di Proposta e sottoscritta congiuntamente con il Contraente stesso, dalla quale risulta la specifica avvertenza che tale rifiuto pregiudica la propria capacità di garantire la coerenza del Contratto rispetto alle richieste ed esigenze del Contraente e di valutare se il Contratto sia adeguato e/o idoneo; e (vi) nel caso in cui abbia ritenuto la proposta non coerente con le richieste ed esigenze del Contraente, ovvero il Contratto non adeguato e/o idoneo, di avere informato il Contraente con apposita dichiarazione, sottoscritta congiuntamente con il Contraente stesso;

Conferma di aver consegnato al Contraente, in una delle forme previste dalla normativa pro tempore vigente, le Condizioni Contrattuali (comprendenti dei suoi Allegati), il documento contenente le informazioni chiave per gli investitori relativo al presente prodotto (KID), il documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP) e il Modulo di Proposta (comprendente dei suoi allegati) che compongono il Set Informativo del prodotto di investimento assicurativo "Private Client Insurance". In tal senso, conferma (i) che quanto fornito al Contraente corrisponde alla (o comunque include la) ultima versione dei documenti che compongono il Set Informativo così come messa a disposizione della Società nel proprio sito internet alla data della firma del Modulo di Proposta; e (ii) di aver consegnato i documenti che compongono il Set Informativo contestualmente e in tempo utile prima della firma del Modulo di Proposta e comunque di averli consegnati con sufficiente anticipo per permettere al Contraente di analizzarne il contenuto al fine di prendere una decisione d'investimento informata in merito alla stipula o meno del Contratto.

Cognome e Nome dell'Addetto

Firma dell'Addetto

 Numero di Registrazione/Iscrizione dell'Addetto<sup>1</sup>



L'intermediario assicurativo dichiara che l'identificazione e la raccolta delle generalità dei Contraenti e degli Assicurati sono state effettuate dall'Addetto in forza di valido contratto di mandato stipulato con quest'ultimo. L'intermediario assicurativo certifica altresì che l'Addetto è regolarmente iscritto al registro degli intermediari assicurativi, sezione E del Registro Unico degli Intermediari IVASS.

Denominazione/Cognome e Nome dell'intermediario assicurativo	Firma/Timbro dell'intermediario assicurativo
Numero di Registrazione/Iscrizione dell'intermediario assicurativo <sup>2</sup>	

<sup>1</sup> Si prega di indicare i numeri di iscrizione nel registro degli intermediari assicurativi. Questi dati non sono richiesti nel caso in cui l'attività di intermediazione sia svolta al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

<sup>2</sup> Si prega di indicare il numero di iscrizione dell'intermediario nel registro degli intermediari assicurativi. Questo dato non è richiesto nel caso in cui l'attività di intermediazione sia svolta al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

#### Clausole vessatorie e accettazione delle Condizioni Contrattuali

Il Contraente dichiara che le clausole delle Condizioni Contrattuali di seguito indicate sono state esaminate in dettaglio dal Contraente, sono state oggetto di trattativa individuale tra il Contraente e la Società che ne ha esposto il relativo contenuto e sono state infine specificamente accettate dal Contraente:

Articoli 1 "Oggetto del Contratto", 2 "Conclusione del Contratto, Data di Decorrenza, Durata e Scioglimento", 11 "Circostanze eccezionali", 12 "Legge Applicabile e Foro Competente", 15 "Opzione della Withholding Tax Reserve", 18 "Importo Massimo Complessivo e Casi di Limitazione della Prestazione in Caso di Decesso", 21 "Caratteristiche dei Fondi Interni Dedicati", 22 "I Valori di Riferimento del Contratto", 23 "Conversione dei Premi in Quote dei Fondi Interni Dedicati", 24 "Operazioni di Investimento/Disinvestimento tra Fondi Interni Dedicati", 26 "Riscatto Totale e Parziale", 27 "Costi", 28 "Documentazione richiesta dalla Società" delle Condizioni Contrattuali.

Firma del Contraente 1	
Firma del Contraente 2	

#### ELENCO ALLEGATI:

1. Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
2. Mandati di Divulgazione Specifica;
3. Questionario "conosci il tuo cliente".





## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**Contraenti**

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Il/1 sottoscritto/i contraente/i (il "Contraente") di una o più polizze assicurative sulla vita (la "Polizza") sottoscritte con Lombard International Assurance S.A., qui dichiara e conferma quanto segue.

Ha compreso ed è consapevole che Lombard International Assurance S.A., compagnia di assicurazioni sulla vita di diritto lussemburghese costituita come società per azioni (société anonyme), con sede legale nel Granducato di Lussemburgo in 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, e iscritta al Registro del Commercio e delle Società del Lussemburgo con il numero R.C.S. Luxembourg No. B37604, con sede secondaria in Piazza S. Marco 3, 20121 Milano, Italia (la "Società") agirà quale titolare del trattamento ai sensi del Regolamento 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (il "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" o "RGPD").

Ha inoltre compreso ed è consapevole che qualsiasi questione relativa ai dati personali può essere indirizzata al Data Protection Officer (il "DPO") nominato per tutte le società del gruppo, tramite il seguente indirizzo email: [dataprivacy@lombardinternational.com](mailto:dataprivacy@lombardinternational.com) e/o per posta a alla Sede Secondaria di Lombard International Assurance S.A., Piazza San Marco 3, 20121 Milano, Italia.

Il Contraente concorda che la Società, nella sua qualità di titolare del trattamento, ai sensi del RGPD, è autorizzata e sarà responsabile per la raccolta e il trattamento delle informazioni che costituiscono dati personali, che Lei fornirà o che la Società (o qualsivoglia terza parte per suo conto) raccoglierà in relazione alla Polizza e che tali informazioni sono necessarie per la conclusione e l'esecuzione della Polizza, come meglio descritto nella clausola 30 delle Condizioni Generali. Le informazioni possono includere, a mero titolo esemplificativo, dati identificativi, situazione coniugale, informazioni sulla situazione finanziaria (incluso il premio) o informazioni mediche, relative al Contraente, all'Assicurato, al Beneficiario e/o all'eventuale Referente Terzo.

Il Contraente inoltre concorda che la Società può mettere a disposizione di terze parti le informazioni mediante qualsiasi mezzo, in particolare, al consulente del Contraente, al Gestore e alla Banca Depositaria, come pure ad altri intermediari o consulenti, fornitori di servizi, revisori dei conti, delegati, o qualsiasi altra società controllata o affiliata che sia parte del gruppo della Società e agli altri destinatari delle informazioni, pubbliche amministrazioni e autorità pubbliche e giudiziarie locali o straniere, inclusa ogni competente Autorità di vigilanza.

La Società non utilizzerà i dati per finalità di marketing.

Il trattamento dei dati può includere il loro trasferimento al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE) e verso Paesi che potrebbero non avere misure per la protezione dei dati personali equivalenti a quelle previste nello Spazio Economico Europeo (SEE). In tali casi, la Società si conformerà rigorosamente all'articolo 46 del RGPD, e fornirà adeguate garanzie attraverso la clausola standard sulla protezione dei dati adottata dalla Commissione europea oppure, previa autorizzazione da parte dell'Autorità di vigilanza lussemburghese (Commission Nationale pour la Protection des Données) o del Garante per la protezione dei dati personali, attraverso clausole contrattuali tra il titolare del trattamento e l'utilizzatore dei dati localizzato nel Paese terzo.

Il Contraente comprende che la comunicazione dei dati personali è un requisito legale, contrattuale e/o comunque necessario per sottoscrivere la Polizza. La comunicazione delle informazioni è obbligatoria e ogni cambiamento delle stesse dovrà essere notificato alla Società senza ritardo. Il rifiuto di fornire informazioni, la comunicazione di informazioni imprecise o il mancato aggiornamento delle stesse potrebbe rappresentare un ostacolo all'esecuzione delle proprie obbligazioni da parte della Società.

Il Contraente ha diritto di accedere ai dati personali che lo riguardano e che sono stati raccolti e trattati dalla Società in qualità di titolare del trattamento. Il Contraente ha anche il diritto di rettificare eventuali dati imprecisi. Infine, il Contraente ha diritto di chiedere la cancellazione dei propri dati personali, la limitazione e/o la cessazione del loro trattamento nonché il diritto alla portabilità dei dati.

Il Contraente può presentare una richiesta datata e scritta da indirizzare direttamente al DPO (i cui contatti sono menzionati sopra), unitamente ad un documento d'identità e ad una chiara e precisa descrizione dei dati personali rispetto ai quali desidera richiedere l'accesso od ottenere la rettifica, la cancellazione, la limitazione e/o la fine del trattamento come pure la loro portabilità.

Quando il trattamento è basato sul previo consenso del Contraente, quest'ultimo ha il diritto di revocare il suo consenso in qualsiasi momento.

Il Contraente inoltre conferma che l'Assicurato e/o il Beneficiario hanno dato il loro consenso alla raccolta e al trattamento da parte della Società delle informazioni relative all'Assicurato e/o al Beneficiario e che il Contraente informerà tali soggetti del suo/loro diritto di accedere e correggere le informazioni.

Con riferimento all'Assicurato, al Beneficiario nominativamente designato e all'eventuale Referente Terzo, il Contraente conferma:

- di aver consegnato a tali soggetti, copia della presente informativa sul trattamento dei dati personali;
- di avere ottenuto il loro consenso ai fini della raccolta e al trattamento dei dati da parte della Società delle informazioni relative a tali soggetti;
- di averli informati del suo/loro diritto di accedere e correggere le informazioni.

Il Contraente solleva la Società dalla responsabilità di ogni danno che dovesse derivare dall'inadempimento di quanto disposto ai precedenti punti a, b e c.

Il Contraente ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

**Da firmare da parte del Contraente che espressamente accetta la raccolta e il trattamento dei propri dati personali nel modo sopra descritto.**

Data

Luogo

Firma del Contraente 1

Data

Luogo

Firma del Contraente 2





## MANDATO DI DIVULGAZIONE SPECIFICA

I(l) Contraente(i) dà(nno) mandato di divulgazione specifica

 al Distributore Assicurativo     alla Banca Depositaria     al Gestore

Nome/Ragione sociale

Sede

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

 alla Banca Depositaria     al Gestore

Nome/Ragione sociale

Sede

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

 alla Banca Depositaria     al Gestore

Nome/Ragione sociale

Sede

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

 alla Banca Depositaria     al Gestore

Nome/Ragione sociale

Sede

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

 alla Banca Depositaria     al Gestore

Nome/Ragione sociale

Sede

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

(di seguito "Banca Depositaria/Gestore/Distributore Assicurativo" o eventuali successori ed aventi causa)

Il Contraente prende atto che, ai sensi dell'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015, come di volta in volta modificata, la Società è tenuta a mantenere segrete le informazioni affidategli nell'esercizio del suo mandato ai sensi o in connessione con la Polizza (e tutti i documenti correlati) o nel corso dell'esercizio della sua attività professionale, quali, ad esempio, ma senza limitazione, qualsiasi informazione, documentazione e/o dati relativi direttamente o indirettamente a qualsiasi aspetto della Polizza (comprese le informazioni relative al Contraente, al/ai Beneficiario/i, all'eventuale Referente Terzo) e a qualsiasi altro rapporto contrattuale con la Società (le "Informazioni Confidenziali").





Fatti salvi i paragrafi che seguono, il Contraente riconosce e accetta che la Società non può adempiere in modo completo e corretto ai propri obblighi legali e/o contrattuali ai sensi o in relazione alla Polizza senza dover rivelare alcune Informazioni Confidenziali a terzi, fornitori di servizi, membri della compagine societaria, comprensiva delle sedi secondarie, a cui la Società appartiene (il "**Gruppo Lombard International**") o alle Autorità (come definite di seguito). Le Informazioni Confidenziali che potrebbero dover essere divulgate possono includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il nome, l'indirizzo, la nazionalità, la data e il luogo di nascita, la professione, l'origine del patrimonio, le informazioni fiscali, i contratti assicurativi e/o gli investimenti assicurativi effettuati, in relazione al Contraente, al/ai Beneficiario/i e/o all'eventuale Referente Terzo e/o a qualsiasi diretto o indiretto Titolare Effettivo di tali soggetti

Il Contraente, pertanto, istruisce espressamente, dà il proprio consenso e autorizza la Società a divulgare, trasferire e comunicare le Informazioni Confidenziali a:

- (a) qualsiasi Banca Depositaria, Gestore, rappresentante fiscale, consulente, intermediario, Distributore Assicurativo (o qualsiasi dei loro funzionari, agenti o dipendenti), Beneficiario/i e l'eventuale Referente Terzo, che possono essere nominati di volta in volta in relazione alla Polizza (i "**Destinatari**");
- (b) qualsiasi autorità (incluse, ma non limitate a, autorità nazionali o estere, centrali o locali, autorità giudiziarie, amministrative e/o fiscali, autorità di sorveglianza, registri pubblici, o qualsiasi organo o agenzia governativa o di regolamentazione del mercato (qui congiuntamente definite come "**Autorità**" e, singolarmente, come "**Autorità**"), che agisca nell'ambito dei loro poteri e missioni, in particolare (ma non solo) in caso di richieste di informazioni ed ispezioni da loro effettuate; e
- (c) qualsiasi entità del Gruppo Lombard International,

in ogni caso in cui lo scopo e il contenuto di tale divulgazione sia necessario (i) ai sensi di qualsiasi legge lussemburghese o straniera, regolamento, prassi regolamentare o di mercato o provvedimento giudiziario e/o amministrativo applicabile alla Società (congiuntamente, le "**Leggi Applicabili**"), (ii) affinché la Società si conformi alle politiche anticiclaggio e antiterrorismo del Gruppo Lombard International e/o (iii) affinché la Società e/o i Destinatari adempiano ai propri obblighi, e/o eseguano tutte le azioni necessarie ai sensi o in relazione alla Polizza, compresa la sottoscrizione o la gestione della Polizza.

Il Contraente riconosce inoltre che un Destinatario può far parte di un gruppo e (qualora non esista un rapporto giuridico e/o contrattuale diretto tra il Contraente e tale Destinatario) riconosce che le Informazioni Confidenziali trasmesse al Destinatario dalla Società potrebbero essere condivise dal Destinatario con un'entità del gruppo del Destinatario. A scanso di dubbi, un Destinatario divulgherà le Informazioni Confidenziali ricevute dalla Società con altri membri del gruppo del Destinatario solo (a) quando lo scopo di tale divulgazione è uno degli scopi di cui al numero (iii) del paragrafo precedente (ovvero quando la divulgazione da parte di un Destinatario è necessaria per la Società e/o per un Destinatario per adempiere ai propri obblighi e/o compiere tutte le azioni necessarie ai sensi o in relazione alla Polizza, compresa la sottoscrizione o la gestione della Polizza); o (b) in caso di ristrutturazione del gruppo del Destinatario o di un trasferimento di attività o di portafoglio legalmente autorizzato (compresi i servizi connessi alla Polizza) che impattino il Destinatario. Nel caso previsto al punto (b) di cui sopra, il Contraente autorizza espressamente la Società a continuare a trattare con il soggetto che assume il portafoglio e/o l'attività (compresi i servizi connessi alla Polizza) in relazione alla Polizza e/o qualsiasi servizio ad essa collegato.

Nell'ambito delle autorizzazioni di cui sopra, e fatte salve le limitazioni di cui sopra, il Contraente autorizza la Società a firmare tutti i documenti (anche per conto del Contraente) che possono essere richiesti per la divulgazione.

Le Informazioni Confidenziali possono essere divulgate con qualsiasi mezzo, anche elettronico.

Il Contraente espressamente e incondizionatamente dichiara, garantisce e conferma alla Società che la sua autorizzazione alla Società e/o al Destinatario, a seconda dei casi, a divulgare le Informazioni Confidenziali in conformità al presente Mandato di divulgazione, qualora ciò comporti il trasferimento e/o il trattamento di dati personali di soggetti terzi, è data con la conoscenza, la comprensione e l'autorizzazione di tali terzi.

Ai sensi dell'articolo 2003 del Codice Civile Lussemburghese, questo mandato sopravviverà alla morte o a qualsiasi procedura di insolvenza avviata nei confronti del Contraente. Se uno dei Contraenti, la Società o un Destinatario è soggetto ad una acquisizione, fusione, trasformazione o consolidamento in o da parte di un'altra persona giuridica, l'entità risultante sarà il successore legale e/o contrattuale di tale parte. In tal caso, la Società o il Contraente può rescindere il mandato senza preavviso entro 30 giorni dalla notifica dell'evento.

La Società non è responsabile di eventuali danni derivanti da o in relazione alla presente autorizzazione e mandato e/o alla divulgazione delle Informazioni Confidenziali e il Contraente si impegna a indennizzare e tenere indenne la Società e i suoi direttori, funzionari, agenti o dipendenti (salvo il caso di dolo e/o colpa grave) contro tutte le perdite, i costi, i danni, le spese, le richieste, le azioni, le cause, i procedimenti e le responsabilità di qualsiasi natura in relazione alla presente autorizzazione e mandato e/o alla divulgazione delle Informazioni Confidenziali.

Questo mandato è soggetto alle Condizioni Contrattuali della Polizza e sarà disciplinato e interpretato in conformità con le leggi del Granducato di Lussemburgo. I tribunali del Lussemburgo hanno competenza esclusiva per qualsiasi controversia relativa all'esistenza, all'interpretazione, alla validità e all'esecuzione del presente mandato.

Con la sottoscrizione della Polizza, il Contraente dichiara di riconoscere, accettare e comprendere i termini e condizioni del Mandato di Divulgazione Specifica, che una copia di esso è stata messa a sua disposizione e che tutte le informazioni relative all'uso e ai Destinatari delle Informazioni Confidenziali gli sono state fornite e spiegate.



Data	Luogo
<b>Firma del Contraente 1</b> (far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato")	
Data	Luogo
<b>Firma del Contraente 2</b> (far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato")	

FACSIMILE  
Lombard International Assurance S.A.



## QUESTIONARIO "CONOSCI IL TUO CLIENTE"

## Sezione 1 IDENTIFICAZIONE

## 1.1 Contraente(i)

Cognome	Nome(i) (per esteso)
Professione (posizione/nome del datore di lavoro/settore di attività/paese)*	
Cognome	Nome(i) (per esteso)
Professione (posizione/nome del datore di lavoro/settore di attività/paese)*	

\* Da compilare se il Contraente è diverso dal TE.

## 1.2 Titolare(i) Effettivo(i) (TE)

Nell'eventualità di TE multipli, compilare un questionario "Conosci il tuo cliente" separato per ciascun TE.

## 1.2.1 Chi è il TE? (la persona che effettivamente detiene il premio da versare)

Sig.   
  Sig.ra   
  Sig.ina   
  Altro

Cognome	Nome(i) (per esteso)
Data di nascita	Paese di nascita
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)	
Indirizzo di residenza	
Via / N°	
Città	Codice Postale
Stato	
N. passaporto/carta d'identità	

Quale rapporto sussiste tra il TE ed il (i) Contraente(i), qualora non si trattasse della stessa persona?

## Informazioni personali sul TE

Riportare le informazioni personali del TE di cui si è a conoscenza (la sezione dovrebbe contenere informazioni relative a stato civile, figli e altre informazioni di natura sostanziale in merito ad altri familiari):

--

## 1.2.2 Situazione professionale del TE

Lavoratore   
  Pensionato (confermare l'ultima attività)

Professione/posizione	
Nome del datore di lavoro/paese	
Settore di attività	
Reddito annuale al lordo delle imposte (da stipendio, locazioni, investimenti, ecc.)	
Altro (specificare in dettaglio):	





### 1.3 Identificazione di Persona(e) Politicamente Esposta(e) (PPE)

- Il Contraente/TE detiene o ha detenuto importanti cariche pubbliche\* a livello nazionale o internazionale?
  - No       Sì

Se **sì**, riportare la carica e il paese interessato

- I familiari o le persone con cui il Contraente/TE intrattiene stretti legali (familiari diretti, soci, partner commerciali, ecc.) detengono o hanno detenuto importanti cariche pubbliche\*?
  - No       Sì

Se **sì**, riportare il nome e il cognome di tale persona

Rapporto con il Contraente/TE

Riportare la carica e il paese interessato.

\*Capi di Stato, capi di governo, ministri e viceministri o sottosegretari; parlamentari; membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali; membri delle corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali; ambasciatori, incaricati d'affari e ufficiali di alto livello delle forze armate; membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato; funzionari di rilievo di partiti politici, alte cariche religiose o Membri influenti di gruppi religiosi; Direttori, vicedirettori e membri del consiglio di amministrazione o funzioni equivalenti di un'organizzazione internazionale e organizzazioni non governative; alti funzionari di enti locali o pubblici con la capacità di influenzare l'assegnazione di appalti pubblici, nonché personalità note in grado di influenzare il governo e funzionari annessi.

## Sezione 2

### FONTE PATRIMONIALE DEL TE

#### 2.1 La preghiamo di fornire nel modo più preciso possibile una valutazione del patrimonio totale netto del TE: (Questa cifra deve essere pari a quelle delle sezioni 2.2 e 2.3)

Valuta

Importo

#### 2.2 Si prega di descrivere ciò di cui si è a conoscenza in merito alle principali fonti patrimoniali del TE (come è stato costituito l'importo indicato alla sezione 2.1?):

- Attività professionale/risparmi

Nomi della società	
Settore di attività/paese	
Periodo di attività	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	

- Utili da investimenti

Data della(e) transazione(i)	
Nota della(e) transazione(i)	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	

- Vendita di società

Dati della società (nome, settore di attività, paese)	
Data della transazione	
Identità dell'acquirente (dettagli)	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	



<input type="checkbox"/> Eredità	
Data dell'eredità	
Composizione dell'eredità	
Nome del de cuius	
Professione del de cuius (posizione, nome della società, paese, settore di attività)	
Rapporto con il de cuius	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Donazione	
Data della transazione	
Nome del donatore	
Professione del donatore (posizione, nome della società, paese, settore di attività)	
Rapporto con il donatore	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Sentenza di divorzio	
Data della sentenza	
Nome del coniuge	
Professione del coniuge (posizione, nome della società, paese, settore di attività)	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Altro	
Riportare i dettagli	

**2.3 Descrivere la tipologia principale di attivi\* in cui il patrimonio del TE è attualmente investito\*\* (es. investimenti/conti bancari, immobili, arte, società, ecc.):**

<input type="checkbox"/> Investimenti/Conti Bancari	
Nome delle istituzioni	
Città e paese	
Data dell'investimento	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Immobili	
Tipo di immobile	
Città e paese	
Data dell'investimento	



Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Partecipazioni Societarie	
Nome delle istituzioni	
Città e paese	
Data dell'investimento	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
<input type="checkbox"/> Altro	
Tipo di attivo	
Nome delle istituzioni	
Città e paese	
Data dell'investimento	
Importo (ovvero % del patrimonio netto complessivo indicato alla sezione 2.1)	
Informazioni aggiuntive	
Altre informazioni da aggiungere:	
<p>* Il premio da investire deve essere riportato in tale sezione.  ** L'ammontare totale deve essere coerente con il patrimonio totale di cui al punto 2.1.</p>	

**Sezione 3 ORIGINE DEL PREMIO DA INVESTIRE**

Si prega di fornire i dettagli relativi ai conti correnti dai quali verranno effettuati i pagamenti dei Premi in relazione alla Polizza proposta (qualora i conti correnti avessero più di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità):

<b>Banca d'origine</b>	
<b>Città e paese</b>	
<b>Numero di conto</b>	
<b>Nome/i del/i titolare/i del conto</b>	
<b>Liquidità / attivi</b>	
<b>Importo</b>	
<b>Banca d'origine</b>	
<b>Città e paese</b>	
<b>Numero di conto</b>	
<b>Nome/i del/i titolare/i del conto</b>	
<b>Liquidità / attivi</b>	
<b>Importo</b>	





Ammontare dell'asset non tradizionale da trasferire	
Nome dell'asset non tradizionale	
Paese di costituzione dell'asset non tradizionale	
Principale luogo d'attività dell'asset non tradizionale	
Percentuale in diritto di voto e titolarità (si prega di specificare se il diritto di voto è differente dalla titolarità)	
Il contraente di polizza/titolare effettivo ha influenza o potere decisionale sull'asset non tradizionale (i.e. posizione manageriale)	

**Sezione 4 DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO CHE HA SEGNALATO IL CLIENTE/DEL DISTRIBUTORE ASSICURATIVO**

Data in cui il(i) Contraente(i)/TE è/sono diventato(i) cliente(i) del soggetto o della sua società:

Come è/sono stato(i) segnalato(i) il(i) Contraente(i)/TE al soggetto o alla sua società?

Quanto si conosce/conoscono il(i) Contraente(i)/TE?

- Conoscenza eccellente  
 Buona conoscenza  
 Conoscenza modesta  
 Scarsa conoscenza

L'investimento proposto è in linea con l'occupazione, lo stile di vita e gli apparenti mezzi finanziari del(i) TE?

Si è a conoscenza se il(i) Contraente(i)/TE abbia/abbiano ricevuto un parere negativo da parte di un'altra compagnia di assicurazione del ramo vita o da qualsiasi altro soggetto abilitato alla prestazione di servizi finanziari? (Se sì, indicare i dettagli incluse le motivazioni)

Finalità dell'investimento del(i) Contraente(i)/TE in una polizza di Lombard International Assurance S.A.: (Indicare i dettagli)

Il Contraente(i)/TE intende/intendono versare premi aggiuntivi o effettuare riscatti per la Polizza? (Precisare in sintesi le eventuali tempistiche e gli importi)

Nome della società intermediaria

Indirizzo di residenza

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Nome e Cognome dell'addetto all'attività di distribuzione assicurativa

Si conferma quanto segue:

- sono adempiuti gli obblighi previsti e rispettate le disposizioni applicabili alle professioni del settore finanziario nel suo Paese di residenza volte a impedire il riciclaggio di denaro sporco e il finanziamento di attività terroristiche.
- ho di conseguenza condotto personalmente alcune attività di "due diligence" sul / i Contraente(i) / TE e non ho mai avuto modo di avere sospetti nei suoi / loro confronti.
- il / i Contraente(i) / TE è / sono conosciuto(i) dal firmatario del presente Questionario "Conosci il tuo cliente".
- per quanto a mia conoscenza e in base alla mia opinione, le informazioni rilasciate nel presente Questionario "Conosci il tuo cliente" sono veritiere ed accurate, il / i Contraente(i) / TE sta / stanno agendo in buona fede, è / sono il / i Titolare(i) Effettivo(i) dei fondi investiti e i premi versati per la Polizza non provengono da attività illecite, o da attività che potrebbero in qualsiasi modo essere utilizzate per il riciclaggio di denaro o finanziare il terrorismo.



Data	Luogo
<b>Firma dell'Addetto</b>	
L'intermediario dichiara che l'identificazione e la raccolta delle generalità dei contraenti e degli assicurati sono state effettuate dall'addetto all'attività di distribuzione assicurativa in forza di valido contratto di mandato stipulato con l'intermediario assicurativo. L'intermediario assicurativo certifica altresì che l'addetto all'attività di distribuzione assicurativa è regolarmente iscritto al registro degli intermediari assicurativi, sez. E del Registro Unico degli Intermediari IVASS.	
Data	Luogo
<b>Firma della Società Intermediaria</b>	<b>Timbro della Società Intermediaria</b>

FACSIMILE

Lombard International Assurance S.A.

---

**FACSIMILE**  
Lombard International Assurance S.A.

CONT2446\_01/19\_IT\_PCI\_MultiCustody\_Branch\_Azimut\_IT

Lombard International Assurance S.A.  
[www.lombardinternational.com](http://www.lombardinternational.com)

*Head office*  
4, rue Lou Hemmer  
L-1748 Luxembourg  
Grand Duchy of Luxembourg  
Tel +352 34 61 91-1  
Fax +352 34 61 90  
IVASS registration number of member  
state undertakings authorized in F.O.S.  
n. II.00148

R.C.S. Luxembourg No. B37604  
VAT LU 15902470  
Tax No. 1991 2204 696

*Representative offices in*  
GENEVA | LUGANO | ZURICH

*Lombard International Assurance S.A.*  
*Italian Branch/Sede secondaria italiana*  
Piazza San Marco 3  
I-20121 Milano  
Italia  
Tel +39 02 3670 5260  
Fax +39 02 3670 5263  
PEC: lombardinternationalassurance@legalmail.it  
P.IVA/Registro Imprese Milano n. 08441540963  
Iscrizione Albo IVASS della Sede  
secondaria italiana n. I.00121  
*Rome office/Ufficio di Roma*  
Piazza dei Santi Apostoli 80/81  
I-00187 Roma  
Italia