

SIKURA LEBEN AG

Gewerbeweg 15 - 9490 Vaduz
 Principato del Liechtenstein (FL)
 T +423 237 70 00 - F +423 237 70 01
 italia@sikuralife.it - www.sikuralife.it

MODULO DI PROPOSTA

INTERMEDIARIO
 PROPONENTE
 INTERMEDIARIO
 COLLOCATORE

PROPOSTA DI
 POLIZZA

NOME E COGNOME
 COLLABORATORE
 NUMERO
 ISCRIZIONE RUI

Sikura Leben AG ha facoltà di accettare la presente Proposta a propria esclusiva discrezione. La presente proposta si intende accettata e il Contratto concluso al momento della ricezione del Certificato di Assicurazione da parte del Contraente. In caso di mancata accettazione da parte di Sikura Leben AG, la Compagnia rimborserà al Contraente le somme eventualmente pagate senza alcun ulteriore obbligo nei suoi confronti.

CONTRAENTE

Nome	Cognome	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Provincia	Cittadinanza
Stato civile	Professione	
Codice fiscale	Residenza Fiscale*	Via
CAP	Comune / Località	Provincia
Domicilio (se diverso dalla residenza)	Via	N° civico
CAP	Comune / Località	Provincia
Telefono	Telefono cellulare	
Indirizzo E-mail		

** All'interno della Repubblica Italiana*

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

<input type="checkbox"/> Carta di Identità	<input type="checkbox"/> Passaporto
Numero documento	Rilasciato da
in	il
	Data di scadenza
Il collaboratore dichiara di aver identificato il Contraente	
Il Collaboratore (firma leggibile) ✓	

1° ASSICURATO*

<input type="checkbox"/> Coincide con il Contraente		
Nome	Cognome	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Provincia	Cittadinanza
Stato civile	Professione	
Codice fiscale	Residenza	Via
CAP	Comune / Località	Provincia
Domicilio (se diverso dalla residenza)	Via	N° civico
CAP	Comune / Località	Provincia
Telefono	E-mail	
Relazione con il Contraente	<input type="checkbox"/> Rapporti di parentela o affinità <input type="checkbox"/> Rapporti societari o professionali <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Carta di Identità	<input type="checkbox"/> Passaporto	
Numero documento	Rilasciato da	
in	il	Data di scadenza

** Compilare il questionario allegato alla presente Proposta di assicurazione relativo allo stato di salute dell'Assicurato.*

2° ASSICURATO (solo se presente)*

Nome	Cognome	Data di Nascita
Luogo di Nascita	Provincia	Cittadinanza
Stato civile	Professione	
Codice fiscale	Residenza	Via
CAP	Comune / Località	Provincia
Domicilio (se diverso dalla residenza)	Via	N° civico
CAP	Comune / Località	Provincia
Telefono	E-mail	
Relazione con il Contraente	<input type="checkbox"/> Rapporti di parentela o affinità <input type="checkbox"/> Rapporti societari o professionali <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Carta di Identità	<input type="checkbox"/> Passaporto	
Numero documento	Rilasciato da	
in	il	Data di scadenza

** Compilare il questionario allegato alla presente Proposta di assicurazione relativo allo stato di salute dell'Assicurato.*

Il Contraente (firma) ✓**Il Collaboratore (firma)**

DICHIARAZIONE DELL' ASSICURATO O DEGLI ASSICURATI

- L'Assicurato dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti fornite nella presente Proposta di assicurazione e richieste ai fini della conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.
 - L'Assicurato dichiara, inoltre, che, prima della sottoscrizione del "Questionario relativo allo stato di salute dell'Assicurato" ha verificato l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario medesimo.
 - L'Assicurato dichiara, altresì, di essere consapevole che può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.
- Il sottoscritto Assicurato esprime il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Luogo		Data		1° Assicurato (Firma)	✓
Luogo		Data		2° Assicurato (Firma)	✓

BENEFICIARIO

Per la designazione dei Beneficiari utilizzare l'apposito "Modulo Designazione Beneficiari" allegato alla presente Proposta e che forma parte integrante della medesima.

MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO (barrare la modalità di versamento prescelta)

<input type="checkbox"/> Premio Unico (di ammontare non inferiore a EUR 10.000,00)	EUR
<input type="checkbox"/> Premio Ricorrente annuale (di ammontare non inferiore a EUR 1.200,00 annui)	EUR
Frazionamento del Premio Ricorrente <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Annuale	Premio alla firma EUR
<input type="checkbox"/> Versamento unico aggiuntivo	EUR

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del Premio Unico (o prima rata del Premio Ricorrente), così come il pagamento dei Premi (o rate di Premi) successivi al primo pagamento, dovranno avvenire **esclusivamente** secondo una della modalità di seguito indicate:

<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario	<input type="checkbox"/> Addebito diretto SEPA*	IBAN: IT750349311600002300504271
--	---	----------------------------------

* Utilizzare l'apposito Modulo allegato alla presente Proposta di assicurazione per fornire l'autorizzazione all'addebito SEPA. La gestione dei flussi finanziari inerenti al Contratto (pagamento dei premi, pagamenti della Compagnia, etc.) deve essere effettuato esclusivamente tramite conto corrente presso un intermediario finanziario residente (che può essere una banca italiana oppure una banca estera con succursale-stabilimento in Italia). Il pagamento del Premio non può in nessun caso essere effettuato in contanti o tramite assegno.

PROVENIENZA DEL PREMIO

Il Pagatore/Intestatario del conto corrente effettua il pagamento per conto	<input type="checkbox"/> Proprio <input type="checkbox"/> Di terzi		
Se il pagamento del Premio è effettuato per conto di terzi, indicare la relazione fra il Pagatore/Intestatario del s/c e il Contraente			
Il Premio versato proviene da	<input type="checkbox"/> Reddito <input type="checkbox"/> Risparmio <input type="checkbox"/> Eredità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		
Luogo	Data	Il Pagatore/Intestatario (firma leggibile)	✓

IDENTIFICAZIONE DEL PAGATORE/INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE

<input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto		
Numero documento	Rilasciato da	
In	il	Data di scadenza
Il Collaboratore dichiara di aver identificato il Pagatore/Intestatario del s/c		
Il Collaboratore (firma leggibile)		✓

Nel caso di pagamenti a favore di soggetti diversi da SIKURA LEBEN AG ovvero di pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle sopra indicate, la Compagnia intenderà il pagamento come non effettuato. **AVVERTENZA: agli intermediari è fatto divieto di ricevere denaro contante o assegni a titolo di pagamento dei premi o a qualsiasi altro titolo.**

FONDO IN CUI È INVESTITO IL PREMIO

NOME FONDO	CODICE ISIN	GRADO DI RISCHIO	PERCENTUALE DI PREMIO INVESTITA
PIR Growth	LI0407383996	Medio	100%

REVOCA DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può revocare la presente proposta entro 30 (trenta) giorni dalla sua sottoscrizione mediante comunicazione da inviarsi, mezzo raccomandata, presso la sede di Sikura Leben AG, Gewerbeweg, 15, 9490 Vaduz, Principato del Liechtenstein (FL).
La Compagnia, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà al Contraente le somme eventualmente corrisposte.
In ogni caso il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 (trenta) giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede di Sikura Leben AG, Gewerbeweg, 15, 9490 Vaduz, Principato del Liechtenstein (FL).
Il recesso ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto. In caso di recesso, la Compagnia restituirà il Premio entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, trattenendo le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute.

CONSEGNA DEL SET INFORMATIVO E ALTRA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE E PRE-CONTRATTUALE

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, copia del Set Informativo.

DICHIARA ALTRESÌ:

- di essere stato informato che è facoltà del sottoscritto Contraente richiedere il Regolamento del Fondo cui sono direttamente collegate le prestazioni del Contratto;
- di aver ricevuto copia del documento ex art. 56, comma 2 del Regolamento Ivass 40/2018 contenente i principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti (conforme al modello di cui all'allegato n. 3);
- di aver ricevuto copia della dichiarazione ex art. 56, comma 3 del Regolamento Ivass 40/2018 contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività svolta (conforme al modello di cui all'allegato n. 4);
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, il Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo al Contratto.

Luogo		Data		Il Contraente (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	---------------------------------	---

COMUNICAZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, l'Assicurato o gli Assicurati, il Pagatore o Intestatario del c/c (se persone diverse dal Contraente) dichiarano di aver ricevuto dalla Compagnia l'informativa sul trattamento dei dati personali da consegnare unitamente alla presente Proposta, in relazione alla quale acconsentono espressamente al trattamento e alla comunicazione dei loro dati personali nei termini e alle condizioni previsti dalla vigente normativa, dando esplicito consenso al trattamento dei dati particolari comunicati per la conclusione e l'esecuzione del Contratto Assicurativo.

Luogo		Data		Il Contraente (Firma)	✓
1° Assicurato (Firma)	✓			Il Pagatore/Intestatario del c/c (Firma)	✓
2° Assicurato (Firma)	✓				

CONSENSO ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE IN FORMATO ELETTRONICO

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Ivass 41/2018 concernente la modalità dell'informativa

IL SOTTOSCRITTO	Cognome e Nome		Data di Nascita		
Luogo di Nascita		Codice fiscale			
Residenza					
Esprime il proprio consenso all'invio in formato elettronico di:					
<input type="checkbox"/> tutta la documentazione contrattuale e precontrattuale presente e futura anche relativa agli eventuali successivi contratti stipulati con la Compagnia					
<input type="checkbox"/> la sola documentazione presente e futura relativa al presente Contratto					
Al seguente indirizzo di posta elettronica					
Il Contraente si impegna a comunicare a Sikura Leben AG o all'intermediario ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sopra indicato.					
Il Contraente è consapevole che può in ogni momento revocare l'autorizzazione a comunicare con la Compagnia tramite posta elettronica, richiedendo che le comunicazioni vengano trasmesse in forma cartacea, a titolo gratuito. In ogni caso, il Contraente, su richiesta, può ricevere gratuitamente una copia in formato cartaceo delle informazioni e comunicazioni ricevute telematicamente. Il Contraente dichiara, inoltre, di avere regolare accesso a internet e all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.					
Il consenso di cui sopra non costituisce consenso all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali.					
Luogo		Data		Il Contraente (Firma)	✓

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA:

- Che le informazioni e le risposte rese all'interno della presente Proposta sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza rilevante ai fini della valutazione dei rischi da parte della Compagnia anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

- Di impegnarsi a comunicare alla Compagnia ogni eventuale variazione dei dati forniti all'interno della presente Proposta.

- **Di essere consapevole che Sikura Leben AG è tenuta, nell'ambito della normativa sullo scambio automatico di informazioni (c.d. SAI), in vigore dal 1 gennaio 2016, a trasmettere alle Autorità fiscali competenti specifiche informazioni relative al sottoscritto e al Contratto di assicurazione (tra cui nome e cognome, codice fiscale, numero di Contratto, valorizzazione del Contratto).**

Il Contraente dichiara pertanto di accettare il trattamento dei dati e la loro trasmissione a terzi, anche al di fuori del Principato del Liechtenstein, tramite la Compagnia, consentendo a quest'ultima di adempiere ai propri obblighi. La trasmissione dei dati a terzi sarà effettuata nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati e scambio automatico di informazioni.

Il Contraente esonera pertanto la Compagnia dal segreto professionale, conformemente a quanto previsto dall'art. 105 della legge sulla vigilanza del mercato assicurativo del Liechtenstein (VersAG).

- Di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni Generali di Contratto:

art. 2 (Decorrenza e durata del Contratto), art. 4 (Recesso), art. 5 (Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato), art. 8 (Conversione del Premio in quote), art. 9 (Disinvestimento in caso di recesso e riscatto), art. 10 (Riscatto e riduzione), art. 11 (Costi), art. 12 (Liquidazione della prestazione), art. 18 (Legge applicabile al Contratto e Foro competente).

Luogo		Data		Il Contraente (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	---------------------------------	---

IL CONTRAENTE DICHIARA:

- di essere fiscalmente residente in Italia;

- di agire al di fuori di una attività di impresa commerciale;

IL CONTRAENTE È, ALTRESÌ, CONSAPEVOLE, CHE:

- qualsiasi trasferimento della residenza fiscale in corso di contratto al di fuori della Repubblica Italiana, comporta il venir meno delle agevolazioni fiscali previste dalla Legge 11 dicembre 2016, n° 232 (Legge di bilancio 2017) e successive modifiche e integrazioni;

- per usufruire delle predette agevolazioni fiscali, il capitale investito nel Contratto Assicurativo non può essere riscattato prima del decorso di 5 anni (periodo minimo di detenzione) decorrenti dalla data di versamento di ciascun Premio;

- in caso di riscatto prima della maturazione del periodo minimo di detenzione pari a 5 anni, i redditi derivanti dalle somme riscattate sono soggetti ad imposizione fiscale secondo le regole ordinarie.

Il Contraente dichiara, inoltre, di essere consapevole che la contemporanea titolarità di un altro Piano Individuale di Risparmio a lungo termine (PIR), ai sensi dell'art. 1, comma 112 della Legge 11 dicembre 2016, n° 232 (Legge di bilancio 2017), comporta il venir meno delle agevolazioni fiscali ivi previste.

Luogo		Data		Il Contraente (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	---------------------------------	---

SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Luogo		Data		Il Contraente (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	---------------------------------	---

SOTTOSCRIZIONE DEL PAGATORE/INTESTATARIO DEL C/C (Se diverso dal Contraente)

Luogo		Data		Pagatore/Intestatario del c/c (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	---	---

SOTTOSCRIZIONE DEL COLLABORATORE

Luogo		Data		Il Collaboratore (Firma leggibile)	✓
-------	--	------	--	------------------------------------	---