



Attivazione Invest Plan

Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

Legale Rappresentante

Cognome

Nome

C.F.

Chiedo di attivare l'opzione Invest Plan.

Dichiaro di volermi avvalere dell'opzione Invest Plan prevista dal Contratto, con le seguenti modalità:

Durata	Selezione
6 mesi	<input type="checkbox"/>
12 mesi	<input type="checkbox"/>
24 mesi	<input type="checkbox"/>

Portafoglio di Partenza		Portafoglio di Destinazione	
Fondo (ISIN)	Nome Fondo	Fondo (ISIN)	Nome Fondo

Dichiaro:

- di aver letto e compreso l'articolo "SERVIZIO OPZIONALE INVEST PLAN" delle Condizioni di Assicurazione da me sottoscritte;
- di aver ricevuto, letto attentamente, compreso e quindi accettato in ogni parte prima della sottoscrizione del presente modulo, la documentazione precontrattuale e contrattuale in cui sono descritte le diverse opzioni di investimento.

Luogo e data



Firma del Cliente/Legale Rappresentante

Timbro banca e firma intermediario

- Allego copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo, in corso di validità, del Cliente o del Legale Rappresentante in caso di Persona Giuridica o di soggetto incapace di agire.