



## Versamento aggiuntivo Unit Linked

### Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

### Legale Rappresentante<sup>1</sup>

Cognome

Nome

C.F.

1. Da compilare solo in caso di Contraente Persona Giuridica o di soggetto incapace di agire.

- Comunico di effettuare il seguente versamento aggiuntivo:

**Versamento aggiuntivo** euro \_\_\_\_\_

**Data effetto del versamento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fondi scelti

Importo

**Descrizione Fondo** \_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

**Descrizione Fondo** \_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

**Descrizione Fondo** \_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

- Dichiara di aver ricevuto, letto e compreso, in ogni sua parte, prima della sottoscrizione del presente modulo, la documentazione precontrattuale e contrattuale in cui sono descritte le diverse opzioni di investimento.**

➤ **Questa richiesta costituisce ordine di investimento, come previsto dall'articolo 53 del Regolamento Intermediari Consob n. 16190 del 29/10/2007 e successive modifiche e integrazioni.**

➤ **Il pagamento effettuato costituisce a tutti gli effetti regolare conferma di versamento.**

➤ **La Compagnia verifica la coerenza della richiesta con le Condizioni Contrattuali ed esegue l'operazione nei tempi previsti.**

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.**