



Versamento aggiuntivo

Polizza

Cliente

C.F./P.IVA

Nome prodotto

N. Polizza

Legale Rappresentante¹

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 ____ / ____ / ____

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.

Allego copia della contabile bancaria.

➤ **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.