(nr. Modulo di proposta)

VITISLIFE
inspired wealth insurance

CHECKLIST – CONTRATTO PER UNA PERSONA FISICA

Egregio distributore,

per agevolare il Suo lavoro, Vitis Life mette a disposizione la presente checklist. Si tratta di un **documento di supporto** che Le permetterà di verificare che tutti i documenti relativi alla distribuzione del Contratto di assicurazione siano stati debitamente trasmessi al Contraente e/o siano allegati al Modulo di proposta prima di essere rinviati a Vitis Life.

DOCUMENTI FORNITI AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA

▶▶▶ Questi documenti informativi dovranno essere da Lei trasmessi al Contraente che li archivia.

- ☐ Le Condizioni generali *
- ☐ I seguenti Documenti d'Informazione Chiave (DIC/KID):
  - Il Documento d'Informazione Chiave (DIC/KID) del Contratto di assicurazione;
  - I Documenti d'Informazione Chiave (DIC/KID) di ciascuno degli attivi sottostanti al Contratto di assicurazione.
- ☐ Il Documento Informativo Precontrattuale (DIP aggiuntivo).

* La prima pagina dovrà essere rinviata debitamente sottoscritta dal Contraente.

DOCUMENTI FORNITI AL CONTRAENTE PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA

Documenti da rinviare debitamente compilati e sottoscritti a Vitis Life per la formazione del Contratto

▶▶▶ Il Contraente completa e sottoscrive i documenti elencati di seguito, che verranno da Lei trasmessi all'Assicuratore, dopo averne conservato una copia per Lei e per il Contraente.

- ☐ Modulo di proposta
- ☐ Questionario ai fini della normativa antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo
- ☐ Mandati e autorizzazioni a favore di Vitis Life alla deroga al segreto professionale
- ☐ Informativa sui rischi legati ai fondi a gestione alternativa e ai fondi immobiliari
- ☐ Questionario KYC **
- ☐ Questionario salute, completato dall'Assicurato se diverso dal Contraente

** Al fine di agevolare il Suo lavoro, sarà possibile allegare una copia del KYC/Questionario di Profilatura Cliente che Lei utilizza abitualmente per effettuare l'analisi delle esigenze e dei bisogni del Suo cliente. In mancanza di tale documento, si prega di utilizzare il questionario fornito da Vitis Life.

Documenti giustificativi da allegare al Modulo di proposta

▶▶▶ Questi documenti sono forniti dal Contraente e allegati ai documenti precontrattuali sopra menzionati

- ☐ Una copia fronte-retro della carta d'identità/passaporto e del codice fiscale del Contraente e dell'Assicurato se diverso dal primo;
- ☐ Un documento valido, risalente a meno di 3 mesi, dal quale si evince l'indirizzo di residenza e dell'Assicurato se diverso dal primo (es. fattura dell'elettricità, dell'acqua o del gas, fattura telefonica o di internet, avviso d'imposizione fiscale o non fiscale, ricevuta di affitto, certificato di assicurazione della casa);
- ☐ L'estratto conto di provenienza dei fondi sul quale appare il titolare e il numero di conto;
- ☐ Un documento giustificativo dell'origine economica e geografica dei fondi (es. copia dell'estratto conto, copia dell'estratto del portafoglio titoli, giustificativo per la riscossione delle cedole, copia dell'atto di vendita di un immobile, copia dell'atto di successione, quietanza di riscatto).

DOCUMENTI AGGIUNTIVI LEGATI AL CASO SPECIFICO

▶▶▶ Se le circostanze lo richiedono, il Contraente e l'Assicurato completano e sottoscrivono i documenti aggiuntivi elencati di seguito, che verranno da Lei trasmessi all'Assicuratore, dopo averne conservato una copia per Lei e per il Contraente e per l'Assicurato se diverso dal primo.

Documenti specifici legati alla situazione personale del Contraente e dell'Assicurato

Se il Contraente conferma nel Modulo di proposta il suo status di « US Person »

- ☐ Dichiarazione di stato "W9" (se il Contraente conferma il suo status di « US Person »)

Se Vitis Life dovesse ritenerlo opportuno sulla base del Questionario salute compilato dal Contraente o dall'Assicurato se diverso dal primo

- ☐ Questionario sulla salute dettagliato

Documenti specifici legati ai Fondi d'investimento

In caso di selezione di una Banca depositaria situata fuori dallo Spazio Economico Europeo per un Fondo d'investimento di tipo « FID »

- ☐ Scelta di una Banca depositaria con sede legale fuori dallo Spazio Economico Europeo.

Nel caso d'investimento in azioni e/o titoli non quotati in relazione a un Fondo di investimento di tipo « FID »***

- ☐ Informativa sui rischi legati all'investimento in azioni e/o titoli non quotati

*** Questo documento è disponibile su richiesta presso Vitis Life.

VITISLIFE
inspired wealth insurance

VITIS FlexiPatrimonium
Modulo di proposta

Il Suo distributore

Nome: _____

c/o la Società:

Denominazione sociale: _____

PER RICEVUTA CONSEGNA DEL SET INFORMATIVO COMPOSTO DA:

- **KID**
- **DIP**
- **Condizioni generali, comprensive di glossario**
- **Modulo di proposta**

Firma del Contraente 1	Firma del Contraente 2

Egregio Contraente,

La ringraziamo per aver scelto di sottoscrivere un Contratto con Vitis Life.
La invitiamo a leggere attentamente tutta la documentazione precontrattuale allegata al presente Modulo di proposta.

La invitiamo inoltre a verificare che il Contratto che desidera stipulare corrisponda alle Sue esigenze e necessità e che ciascuna delle proposte d'investimento che intende selezionare sia in linea con il Suo profilo di rischio precedentemente individuato con l'aiuto del Suo distributore.

Il Suo distributore è al Suo fianco per guida. La e rispondere ad ogni Sua domanda. La invitiamo inoltre a rivolgersi al Suo consulente fiscale o al Suo notaio per ottenere ogni informazione utile sulle possibili conseguenze fiscali e patrimoniali che le Sue scelte potrebbero comportare.

Tutte le informazioni raccolte saranno trattate in modo confidenziale; tuttavia, in qualità di compagnia di assicurazione lussemburghese, Vitis Life ha l'obbligo legale di comunicare alle autorità competenti determinati dati a carattere fiscale.

Quale Contraente e/o Assicurato, Lei ha il diritto di accedere ai Suoi dati personali e richiederne la correzione nel caso si rivelassero erronei, incompleti e/o obsoleti. Al fine di garantire una qualità ottimale del servizio offerto e adempiere correttamente ai nostri obblighi dichiarativi, La preghiamo di trasmetterci per iscritto e nel minor tempo possibile ogni cambiamento che potrebbe avere un impatto sul Suo Contratto assicurativo (dati personali, situazione familiare, professionale, patrimoniale o fiscale, clausole beneficiarie, ecc.).

La ringraziamo per la fiducia accordataci,
Vitis Life

MODULO DI PROPOSTA

CANCELLARE

Importo del Premio: _____ EUR

1. Identificazione delle parti contraenti

Dati personali

Contraente – persona fisica

Allegare per ogni Contraente:

- La copia fronte-retro della carta d'identità (o altro documento d'identificazione in corso di validità) e del codice fiscale
- Un documento da cui si evince il domicilio

		Contraente 1 ☐ Sig. ☐ Sig.ra	Contraente 2 ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Tipo di documento d'identità		☐ Carta d'identità ☐ Passaporto	☐ Carta d'identità ☐ Passaporto
Cognome			
Nome			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)			
Luogo di nascita			
Paese di nascita			
Cittadinanza			
Indirizzo:	Via/P.za		
	Numero civico		
	C.A.P.		
	Città (prov.)		
	Paese		
Codice fiscale*			
Paese di residenza fiscale			
Statuto « US Person »**		☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no
Telefono/Cellulare			
E-mail			
Regime matrimoniale		☐ Convivente ☐ Divorziato/a ☐ Celibe/nubile ☐ Vedovo/a ☐ Unito Civilmente ☐ Coniugato/a in: ☐ Regime di comunione dei beni ☐ Regime di separazione dei beni ☐ Altro: _____	☐ Convivente ☐ Divorziato/a ☐ Celibe/nubile ☐ Vedovo/a ☐ Unito Civilmente ☐ Coniugato/a in: ☐ Regime di comunione dei beni ☐ Regime di separazione dei beni ☐ Altro: _____

* Ulteriori informazioni in merito al codice fiscale (NIF) e alla residenza fiscale («auto-certificazione») sono reperibili sul sito dell'OCSE: http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/

** È considerato « *US Person* » ogni cittadino americano, residente americano (avente la propria residenza principale o secondaria) o ogni persona soggetto d'imposta negli Stati Uniti d'America. Qualora il Contraente confermi il suo stato di « *US Person* », gli sarà chiesto di compilare il formulario « W9 » di seguito allegato.

Contraente – persona giuridica

Allegare i seguenti documenti:

- Statuto della persona giuridica;
- Estratto del registro di commercio/visura camerale;
- Lista dei legali rappresentanti *pro tempore* e lista delle firme autorizzate;
- Copia atto di conferimento dei poteri ai legali rappresentanti *pro tempore;*
- Copia fronte-retro della carta d'identità o di altro documento d'identificazione in corso di validità e del codice fiscale dei legali rappresentanti *pro tempore*.

Denominazione sociale		
Forma giuridica		
Sede legale	Via/P.za	
	Numero civico	
	Città (prov.)	
	C.A.P.	
	Paese	
Registro delle Imprese		
Telefono/Cellulare		
E-mail		

Invio della corrispondenza al Contraente

➔ **Il Contraente, o in caso di sottoscrizione congiunta, i Contraenti, chiede/chiedono di ricevere la sua/loro corrispondenza per:**

☐ **E-mail (precisare il proprio indirizzo di posta elettronica):** _____

Ad eccezione del Certificato di Polizza e delle Clausole aggiuntive che saranno inviate per posta:

☐ all'indirizzo di residenza del ☐ Contraente 1 ☐ Contraente 2

☐ presso la sede legale del suo/loro distributore

☐ **Posta**

☐ all'indirizzo di residenza del ☐ Contraente 1 ☐ Contraente 2

☐ presso la sede legale del suo/loro distributore

Assicurato (da completare soltanto se l'Assicurato è diverso dal Contraente)

Allegare per ciascun Assicurato:
- La copia della carta d'identità (fronte-retro) o del passaporto in corso di validità
- Un documento da cui si evince il domicilio

		Assicurato 1 ☐ Sig. ☐ Sig.ra	**Assicurato 2** ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Tipo di documento d'identità		☐ Carta d'identità ☐ Passaporto	☐ Carta d'identità ☐ Passaporto
Cognome			
Nome			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)			
Luogo di nascita			
Paese di nascita			
Cittadinanza			
Indirizzo:	Via/P.za		
	Numero civico		
	C.A.P.		
	Città (prov.)		
	Paese		
Codice fiscale			
Paese di residenza fiscale			
Telefono/Cellulare			
E-mail			

Se il Contratto prevede 2 Assicurati, il Contratto scade alla morte dell'Assicurato meno longevo (primo Assicurato), salvo disposizione contraria espressa dal Contraente qui di seguito.

☐ Tramite selezione della presente casella, il Contraente opta affinché, in deroga alle Condizioni generali, il Contratto prenda fine al decesso del secondo Assicurato (Assicurato più longevo tra i due indicati qui sopra).

Beneficiario caso morte dell'Assicurato

Il Contraente può designare il o i Beneficiari per il caso morte in forma nominativa o generica.

Avvertenze

In caso di mancata designazione dei Beneficiari in forma nominativa (paragrafo che segue), alla scadenza del Contratto, Vitis Life potrà incontrare maggiori difficoltà nella ricerca e identificazione dei Beneficiari.

Se non specificamente indicato, le Prestazioni assicurative saranno ripartite in parti uguali tra tutti i Beneficiari.

Designazione nominativa

		Beneficiario 1 per una quota del_____ % ☐ Sig. ☐ Sig.ra		Beneficiario 2 per una quota del _____ % ☐ Sig. ☐ Sig.ra	
Cognome					
Nome					
Data di nascita (GG/MM/AAAA)					
Luogo di nascita					
Paese di nascita					
Cittadinanza					
Indirizzo:	Via/P.za e numero civico				
	C.A.P. e Città(prov.)				
	Paese				
Codice fiscale					
Paese di residenza fiscale					
Telefono/Cellulare					
E-mail					

		Beneficiario 3 per una quota del _____ % ☐ Sig. ☐ Sig.ra		Beneficiario 4 per una quota del _____ % ☐ Sig. ☐ Sig.ra	
Cognome					
Nome					
Data di nascita (GG/MM/AAAA)					
Luogo di nascita					
Paese di nascita					
Cittadinanza					
Indirizzo:	Via/P.za e numero civico				
	C.A.P. e Città (prov.)				
	Paese				
Codice fiscale					
Paese di residenza fiscale					
Telefono/Cellulare					
E-mail					

Se si desidera designare più di 4 Beneficiari, si prega di indicarlo nella sezione che segue.

Beneficiari sussidiari

In caso di designazione nominativa, l'Assicuratore invita il Contraente a designare uno o più Beneficiari sussidiari nell'ipotesi in cui il o i Beneficiari, designati in via principale ai sensi del paragrafo che precede, decedano prima della scadenza del Contratto.

A. In caso di premorienza di uno dei Beneficiari designati, la parte delle Prestazioni assicurative che gli sarebbero spettate saranno devolute a:

- ☐ Contraente 1
- ☐ Contraente 2
- ☐ Contraente 1 e 2, in parti uguali
- ☐ Ciascuno dei Beneficiari superstiti designati al paragrafo che precede
- ☐ Gli eredi del Beneficiario designato deceduto
- ☐ I figli del Beneficiario deceduto, presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, i suoi eredi
- ☐ Gli eredi legittimi del Contraente o, in subordine, ai di lui eredi testamentari
- ☐ Il coniuge del Contraente al momento del decesso e ai figli presenti e futuri, vivi o rappresentati; in assenza di questi, gli eredi legittimi del Contraente o, in subordine, ai di lui eredi testamentari
- ☐ I figli, presenti e futuri, vivi o rappresentati, avuti in comune dai Contraenti; in assenza di questi, gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari
- ☐ Gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari
- ☐ Altro: _____

B In caso di premorienza di tutti i Beneficiari designati, la parte delle Prestazioni assicurative che sarebbero loro spettate saranno devolute a:

- ☐ Contraente 1
- ☐ Contraente 2
- ☐ Contraente 1 e 2, in parti uguali
- ☐ Gli eredi dei Beneficiari deceduti
- ☐ I figli dei Beneficiari deceduti, presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, i suoi eredi
- ☐ Gli eredi legittimi del Contraente o, in subordine, ai di lui eredi testamentari
- ☐ Il coniuge del Contraente al momento del decesso e ai figli presenti e futuri, vivi o rappresentati; in assenza
- ☐ di questi gli eredi legittimi del Contraente o, in subordine, ai di lui eredi testamentari
- ☐ I figli, presenti e futuri, vivi o rappresentati, avuti in comune dai Contraenti; in assenza di questi, gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari
- ☐ Gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari
- ☐ Altro: _____

Designazione generica (clausola tipo - Contraente persona fisica)

A. Contratto con 1 Contraente

- ☐ Il Contraente. In mancanza, il mio coniuge al decesso; in assenza di questo/a, i miei figli presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, i miei eredi legittimi e, in subordine, i miei eredi testamentari.
- ☐ Il mio coniuge al decesso. In mancanza di questo/a, i miei figli presenti e futuri, vivi o rappresentati; in assenza di questi, i miei eredi legittimi e, in subordine, i miei eredi testamentari.
- ☐ I miei figli presenti e futuri, vivi o rappresentati o, in mancanza di questi, i miei eredi legittimi e, in subordine, i miei eredi testamentari.
- ☐ I miei eredi legittimi e, in subordine, i miei eredi testamentari.

B. Contratto con 2 Contraenti

- ☐ I Contraenti in parti uguali. In mancanza i figli avuti in comune dai Contraenti, presenti e futuri, vivi o rappresentati; in assenza di questi, gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari.
- ☐ I figli avuti in comune dai Contraenti, presenti e futuri, vivi o rappresentati; in assenza di questi, gli eredi legittimi di ciascun Contraente e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari.
- ☐ Per il 50%, i figli presenti e futuri vivi o rappresentati del Contraente 1, per l'altro 50%, i figli presenti e futuri, vivi o rappresentati del Contraente 2. In assenza di questi, gli eredi legittimi di ciascuno dei contraenti e, in subordine, i rispettivi eredi testamentari.
- ☐ Gli eredi legittimi di ciascun Contraente e in subordine i rispettivi eredi testamentari.

Designazione generica (clausola tipo - Contraente persona giuridica)

- ☐ Il Contraente. In mancanza, il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso; in assenza di questo, i figli dell'Assicurato presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, gli eredi legittimi dell'Assicurato e, in subordine, gli eredi testamentari dell'Assicurato.
- ☐ Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso; in assenza di questo, i figli dell'Assicurato presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, gli eredi legittimi dell'Assicurato e, in subordine, gli eredi testamentari dell'Assicurato.
- ☐ I figli dell'Assicurato presenti e futuri, vivi o rappresentati; in mancanza di questi, gli eredi legittimi dell'Assicurato e, in subordine, gli eredi testamentari dell'Assicurato.
- ☐ Gli eredi legittimi dell'Assicurato e, in subordine, i suoi eredi testamentari.

Clausola libera di designazione dei Beneficiari in caso di decesso

Referente terzo

In caso di esigenze specifiche di riservatezza, il Contraente può di seguito indicare un Referente terzo diverso dal o dai Beneficiari sopra designati al quale Vitis Life S.A. potrà fare riferimento alla scadenza del Contratto.

		Referente terzo ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Cognome		
Nome		
Data di nascita (GG/MM/AAAA)		
Luogo di nascita		
Paese di nascita		
Cittadinanza		
Indirizzo:	Via/P.za	
	Numero civico	
	CAP	
	Città (prov.)	
	Paese	
Codice fiscale*		
Paese di residenza fiscale		
Telefono/Cellulare		
E-mail		

* Ulteriori informazioni in merito al codice fiscale (NIF) e alla residenza fiscale («auto-certificazione») sono reperibili sul sito dell'OCSE: http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/

2. Copertura assicurativa caso morte

La Copertura assicurativa caso morte garantisce al Beneficiario, in caso di decesso dell'Assicurato, il pagamento di Prestazioni assicurative corrispondenti a una somma variabile in funzione della scelta di una delle seguenti opzioni e pari a:

☐ **Importo fisso**
Controvalore delle Quote del o dei Fondi d'investimento, interni e/o esterni, sottostanti al Contratto, maggiorato di un importo fisso (y>0 EUR).
Indicare l'importo fisso desiderato (y>0 EUR) _____ EUR.

☐ **Protection**
Importo più elevato tra il Controvalore delle Quote del o dei Fondi di investimento, interni e/o esterni, sottostanti al Contratto e il Premio lordo versato.

In caso di mancata selezione di una delle opzioni sopra indicate, l'Assicuratore applicherà la Copertura Assicurativa di cui all'opzione "Importo fisso", corrispondente a un valore percentuale del Premio lordo iniziale versato pari a uno (y=1%).

In ogni caso l'Assicuratore si riserva il diritto di accettare l'opzione di copertura caso morte scelta dal Contraente.

Avvertenze:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto, possono compromettere il diritto alle Prestazioni assicurative;
b) prima della compilazione e sottoscrizione di ciascun questionario da allegare al presente Modulo di proposta, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Assicuratore, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a proprio carico.

N.B. Il questionario salute, compilato e sottoscritto da parte di ciascun Assicurato, deve obbligatoriamente essere allegato alla presente sottoscrizione ai fini dell'accettazione della proposta assicurativa da parte dell'Assicuratore.

Costi della Copertura assicurativa caso morte:
Le spese relative alla Copertura assicurativa caso morte sono integralmente coperte dai Premi di Rischio. L'Assicuratore effettua una stima dei Premi di rischio periodici che potranno essere dedotti dalla Riserva del Contratto una volta presa conoscenza dell'opzione assicurativa caso morte scelta dal Contraente.
Gli importi dei Premi di Rischio sono calcolati in base a dati oggettivi e variabili determinanti la speranza di vita dell'Assicurato.
L'importo dei Premi di Rischio effettivamente prelevato è indicato nell'Estratto conto che il Contraente riceve almeno una volta l'anno.

Ciascun Assicurato autorizza il proprio medico ad inviare al consulente medico dell'Assicuratore un certificato che stabilisca la causa diretta e originaria del proprio decesso, nonché le circostanze in cui esso si è verificato.

3. Spese del Contratto

- **Spese di sottoscrizione:** _____ %
- **Spese di amministrazione:** _____ %
- **Oltre:** da 500.000 a 999.999,99 EUR: **300 EUR annui**
  da 1.000.000 EUR: **200 EUR annui**
- **Spese d'intermediazione:** _____ %
- **Spese di Switch:** fare riferimento alla scheda prodotto
- **Spese di Riscatto (parziale o totale):** fare riferimento alla scheda prodotto

Per eventuali ulteriori costi contrattuali si rimanda all'articolo 11 delle Condizioni generali di Contratto.

4. Il Suo investimento

Modalità di pagamento del Premio

Il Contraente si impegna ad eseguire il pagamento in euro del Premio iniziale secondo le seguenti modalità:

☐ Bonifico bancario
Titolare del conto: Vitis Life S.A.
Banca: Quintet Private Bank (precedentemente KBL epb)
IBAN: **LU02 7050 K001 7501 0000** - Codice BIC: KBLXLULL
Causale: **numero Modulo di proposta**

☐ Trasferimento titoli (come da portafoglio/Estratto conto allegato*) sul seguente conto bancario:
Titolare conto: Vitis Life S.A.
Banca: _____
IBAN: _____ Codice BIC: _____
Causale: numero Modulo di proposta: _____

Il candidato Contraente chiede che i titoli conferiti in Premio:
- ☐ Compongano il o i Fondi d'investimento interni dedicati selezionati, come da successivo paragrafo "Proposte d'investimento finanziario" del presente Modulo di proposta.
- ☐ Siano liquidati e l'importo ricavato sia investito nel o nei Fondi d'investimento interni dedicati selezionati, come da successivo paragrafo "Proposte d'investimento finanziario" del presente Modulo di proposta.

* L'importo del Premio versato sarà quantificato con le modalità indicate all'articolo 5 delle Condizioni generali di Contratto.

Il versamento del Premio sul conto della Banca depositaria di un fondo interno dedicato (FID) può ugualmente essere autorizzato. In questo caso il numero di conto bancario sarà comunicato da Vitis Life al Suo distributore affinché quest'ultimo possa informarLa a riguardo.

Proposta di investimento finanziario

Il Suo profilo di rischio

Una volta individuata la Sua profilatura cliente con l'aiuto del Suo distributore, voglia riportare di seguito l'SRI corrispondente al Suo profilo di rischio. In caso di sottoscrizione congiunta, sarà tenuto in considerazione il profilo della persona avente l'SRI più basso:

Volatilità	0 à 0,5	0,5 à	5 à 12%	12 à 20%	20 à 30%	30 à 80%	>80 %
Contraente 1	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Contraente 2	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

*** SRI o « Synthetic Risk Indicator »** : rappresenta un indice che permette di misurare il rischio legato all'investimento, su una scala da 1 a 7. Un SRI basso corrisponde a un rischio basso, ma ugualmente a un rendimento potenziale limitato; un SRI elevato corrisponde a un rischio più alto, ma anche a un rendimento potenziale più elevato.

Vitis Life La invita a verificare che il Contratto che intende sottoscrivere corrisponda alle Sue esigenze e necessità e che ciascuna proposta d'investimento che intende selezionare qui di seguito sia in linea con il Suo profilo di rischio precedentemente definito con l'aiuto del Suo distributore.

Caratteristiche proprie di ciascuna proposta d'investimento

Le caratteristiche proprie di ciascuna proposta di investimento, così come il loro corrispettivo SRI, sono illustrati nel **Documento d'Informazione Chiave (DIC/KID)**, comunicato dal distributore al Contraente prima della presente sottoscrizione.

Il Documento d'Informazione Chiave (DIC/KID) di ciascuna proposta d'investimento è disponibile in qualsiasi momento sul sito internet di Vitis Life: www.vitislife.com.

Fondo interno dedicato (FID)

Importo del Premio da investire nel FID: _____ Euro

Banca Depositaria del FID: _____

Gestore finanziario del FID: _____

- Si prega di indicare di seguito la strategia di investimento del FID tra le differenti strategie proposte dal Gestore finanziario di Sua scelta. Denominazione della strategia di investimento del Gestore finanziario:

  _____

- SRI della strategia d'investimento del Gestore finanziario: _____

Se non si conosce la strategia d'investimento del Gestore finanziario al momento della sottoscrizione del Contratto, si prega di scegliere una strategia generica facendo riferimento alle differenti strategie generiche proposte di seguito (*si prega di selezionare la casella appropriata nella tabella sottostante*). Vitis Life si assicurerà che la scelta della strategia generica sia coerente con la strategia d'investimento del Gestore finanziario da Lei successivamente selezionata[1]:

Scelta della strategia	SRI	Strategie generiche di Vitis Life	
		Denominazione Strategia	Volatilità
☐	2	Sicurezza	0,5 a 5 %
☐	3	Conservativo	5 a 12 %
☐	4	Medio	12 a 20 %
☐	5	Dinamico	20 a 30 %
☐	6	Agressivo	30 a 80 %
☐	7	Alternativo	> 80 %

Spese del fondo interno dedicato:

- **Costi di gestione:**
  - Commissione di gestione: _____ oltre IVA
  - Commissione di performance: ☐ no ☐ sì: _____ oltre IVA

  _____

  _____

- **Costi della Banca Depositaria:**
  - Custodia titoli: ☐ no ☐ sì: _____ oltre IVA
  - Costi di transazione: sono disponibili su semplice richiesta presso Vitis Life o presso la Banca depositaria.
- **Costi « All in » :** ***(Cumulo dei costi di gestione finanziaria e dei costi della Banca Depositaria)*** ☐ no ☐ sì: _____ oltre IVA
- **Altre spese:**
  - Attivi a liquidità ridotta: i costi dipendono dalla somma investita in questa tipologia di attivi.
    - → < 3 milioni di euro: 1.500 EUR annui
    - → tra 3 e 8 milioni di euro: 2.000 EUR annui
    - → > 8 milioni di euro: 3.000 EUR annui
  - Costi Banca Depositaria non automatizzata: 500 EUR annui

[1] Se si indica sia la strategia d'investimento del Gestore finanziario, sia la strategia generica di Vitis Life e queste risultano discordanti a livello di SRI, si prega di notare che la strategia d'investimento del Gestore finanziario prevale.

Dichiarazione relativa alla Sua scelta d'investimento

☐ Conferma che la strategia d'investimento selezionata comporta un **livello di rischio (SRI) uguale o inferiore al Suo profilo di rischio (SRI)**. In quest'ultimo caso, dichiara di accettare la possibilità di un rendimento inferiore.

☐ Dichiara di optare per una strategia di investimento che comporta un **livello di rischio (SRI) superiore al risultato del Suo profilo di rischio (SRI)** (strategia di investimento più rischiosa rispetto al Suo profilo di rischio) e di essere cosciente di assumere l'intera responsabilità della Sua scelta, così come delle conseguenze dannose che potrebbero risultarne, compreso il rischio di incorrere in perdite consistenti sul Suo Contratto.

Informazioni aggiuntive relative al FID:

5. Informazioni legali e dichiarazioni

Revoca della proposta assicurativa e recesso dal Contratto

Nella fase che precede la conclusione del Contratto, **il Contraente ha la facoltà di revocare la propria proposta assicurativa**, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata all'Assicuratore, Vitis Life S.A. – B.P. 803 – L-2018 Luxembourg. Qualora il Contraente avesse già versato il Premio, l'Assicuratore rimborserà al Contraente il Premio versato una volta detratte le eventuali spese per esami medici.
Entro 30 giorni a decorrere dalla data della conclusione del Contratto, il Contraente può recedere dal medesimo mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata a Vitis Life S.A. – B.P. 803 – L-2018 Luxembourg. L'Assicuratore provvederà a rimborsare al Contraente le somme versate o i titoli originariamente trasferiti ovvero il Controvalore delle Quote eventualmente già attribuite, a seconda del grado di esecuzione del Contratto già intrapreso dall'Assicuratore. In ogni caso il rimborso avverrà al netto delle spese sostenute dall'Assicuratore per l'emissione del Contratto, oltre ad eventuali spese di amministrazione già addebitate, la parte del Premio di Rischio relativa al periodo per il quale ha avuto effetto la Copertura assicurativa, nonché le spese di eventuali esami medici.

Trattamento dei dati personali

Tramite la sottoscrizione del presente Modulo di proposta, il Contraente e l'Assicurato (se è diverso dal Contraente) autorizzano Vitis Life S.A. al trattamento, alla comunicazione ed al trasferimento all'estero di tutti i dati a carattere personale ripresi in proposta. Il Contraente e l'Assicurato sono resi edotti e prendono atto che l'Assicuratore opera come autonomo titolare e potrà sottoporre i suddetti dati a trattamenti obbligatori per legge o strettamente funzionali all'amministrazione ed esecuzione del Contratto stipulato successivamente all'accettazione del presente Modulo di proposta. In generale, tali dati sono necessari a Vitis Life S.A. per permettere la valutazione dei rischi, la preparazione, la redazione, la gestione e la messa in esecuzione dei contratti, la prevenzione di eventuali sinistri e la prevenzione di ogni frode. Tali dati possono essere trattati a fini commerciali, tranne che in caso di richiesta contraria da parte del Contraente e dell'Assicurato. Vitis Life S.A. informa il Contraente e l'Assicurato che possono ottenere gratuitamente e in qualsiasi momento la comunicazione di questi dati personali e la rettifica conformemente alla legislazione vigente, nel caso in cui siano errati, incompleti e/o obsoleti. Tale diritto d'accesso e rettifica può essere esercitato in qualsiasi momento presso la sede dell'Assicuratore. Vitis Life S.A. conserverà i dati personali al più presto fino alla scadenza del Contratto e al più tardi fino alla scadenza dei termini di prescrizione legali.
Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di acconsentire sin d'ora al trattamento dei propri dati sensibili conformemente ai termini indicati nell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ricevuta unitamente al fascicolo informativo.

Consegna documentazione - dichiarazioni

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano:

- che tutte le dichiarazioni dagli stessi rilasciate all'Assicuratore, di loro pugno o meno, sono complete e veritiere in base alle informazioni in loro possesso;
- di accettare che ogni dichiarazione rilasciata con il presente Modulo di proposta e o altro documento complementare ad esso allegato, costituisca elemento contrattuale e possa essere usata anche ai fini dell'applicazione della Legge n. 197 del 5 luglio 1991 e di ogni altra normativa in materia di antiriciclaggio;
- di richiedere all'Assicuratore l'emissione di un Certificato di polizza conformemente ai termini indicati nelle Condizioni generali di Contratto;
- di prestare sin d'ora il proprio consenso per ricevere le comunicazioni afferenti il Contratto tramite mezzi di comunicazione a distanza;
- di rilasciare all'Assicuratore autorizzazione alla deroga al segreto professionale lussemburghese al fine dell'adempimento da parte dell'Assicuratore stesso di tutti gli obblighi d'informazione/comunicazione dati e di tenuta del Registro premi e contratti imposti dalla legislazione fiscale italiana;
- di aver ricevuto il Set informativo composto dai seguenti documenti prima di sottoscrivere il Modulo di proposta:
  - → KID (Key Information Document);
  - → DIP aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale);
  - → Condizioni generali di Contratto in vigore;
  - → Modulo di proposta:
  - → Questionario ai fini della normativa antiriciclaggio;
  - → Informativa sui rischi legati ai fondi a gestione alternativa e ai fondi immobiliari;
  - → Mandati e autorizzazioni in favore di Vitis Life alla deroga al segreto professionale;
  - → Questionario di Profilatura Cliente / KYC (Modulo Vitis Life S.A. oppure del distributore)
  - → Questionario salute
  - → Dichiarazione di stato "W9" (facoltativo);
  - → Scelta di una Banca Depositaria con sede legale fuori dallo spazio economico europeo (facoltativo);
  - → Questionario sulla salute dettagliato (facoltativo).

Tali documenti costituiscono parte integrante del Contratto. Ciascuna parte dichiara di averne ricevuto una copia.

L'Assicurato dichiara:

- di acconsentire alla conclusione di un Contratto assicurativo sulla propria vita;
- di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza, avente relazione con dati e notizie che riconosce quali elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore;
- di sollevare sin d'ora da ogni obbligo relativo al proprio segreto professionale i medici ed altri soggetti che possono averlo curato o visitato per le informazioni che l'Assicuratore ritenesse di dover chiedere, anche in corso di Contratto, in merito alle proprie condizioni di salute. Acconsente inoltre a che le dette informazioni e ogni altro dato a carattere personale, sia trasmesso, se ritenuto opportuno o dovuto per legge dall'Assicuratore, ad assicuratori terzi o a riassicuratori della cui collaborazione l'Assicuratore si avvale nell'esercizio della propria attività;
- di acconsentire sin d'ora a che il proprio medico o altro soggetto competente trasmetta all'Assicuratore un certificato attestante la causa del proprio decesso.

Fatto a _____ , il _____.

Firma del Contraente 1	Firma del Contraente 2
Firma dell'Assicurato 1 (se soggetto diverso dal Contraente 1)	Firma dell'Assicurato 2 (se soggetto diverso dal Contraente 2)

Specifica approvazione scritta delle clausole vessatorie

Il Contraente dichiara infine di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta:

1. il Documento d'informazione chiave del Contratto e dei Fondi d'investimento ad esso sottostanti;
2. il fascicolo informativo contenente: DIP aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale), le Condizioni generali e i documenti complementari.

Il Contraente approva specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., le seguenti clausole vessatorie delle Condizioni generali: Art. 3 (Oggetto e durata del Contratto): 3.4 e 3,5; Art. 4 (Limiti di età dell'Assicurato): 4.6; Art. 5 (Premi): 5.1, 5.2, 5.4-5.9; Art. 6 (Conclusione et Entrata in vigore del Contratto) 6.1, 6.5, 6.8 e 6.9; Art. 7 (Facoltà di revocare la proposta assicurativa e Diritto di recesso): 7.1-7.5, 7.7 et 7.8; Art. 8.A (Proposte d'investimento finanziario – Soglie minime d'investimento): 8.A.2, 8.A.3, 8.A.4 - 8.A.7; Art. 8.B (Investimento – Valorizzazione delle quote e data valuta): 8.B.2, 8.B.3, 8.B.4, 8.B.6 e 8.B.7; Art. 8.C (Gestione delle Quote dei Fondi d'investimento): 8.C.6, 8.C.9 e 8.C.10; Art. 8.D (Operazioni di Switch): 8.D.2, 8.D.4, 8.D.8 e 8.D.10-13; Art. 8.E (Operazioni di Side Pocket): 8.E.1; Art. 10 (Rischi del Contratto - Assenza di garanzie offerte dall'Assicuratore); Art. 11 (Spese e Costi): 11.A.4, 11.A.9 e 11.B.1; Art. 13.A (Diritto di Riscatto): 13.A.2.d), 13.A.2.g) e 13.A.8; Art. 13.B (Costituzione in pegno del Contratto): 13.B.2 13.B.3 e 13.B.5; Art. 14 (Prestazioni assicurative in caso di decesso): 14.2, 14.4.c), 14.8 e 14.9; Art. 15 (Pagamento delle Prestazioni assicurative): 15.2, 15.3, 15.7 e 15.10; Art. 16.A (Copertura assicurativa caso morte): 16.A.5 - 8, 16.A.12, 16.A.13, 16.A.17 – 20 e 16.A.22; Art. 16.B (Casi di esclusione): 16.B.1, 16.B.2; Art. 21.A (Corrispondenza): 21.A.2, 21.A.4, 21.A.5, 21.A.7, 21.A.9, 21.A.11 – 13; Art. 21.C (Residenza): 21.C.2; Art. 24 (Dati personali – Segreto professionale): 24.3 e 24.8; Art. 25 (Responsabilità e Forza maggiore); Art. 27 (Modifiche contrattuali): 27.1; Art. 28 (Modifiche del Regolamento del fondo d'investimento): 28.1.

DIP (8 marzo 2019)
Condizioni generali ricevute

Fatto a _____ , il _____.

Firma del Contraente 1	Firma del Contraente 2
Firma dell'Assicurato 1 (se soggetto diverso dal Contraente 1)	Firma dell'Assicurato 2 (se soggetto diverso dal Contraente 2)

Il distributore dichiara di aver controllato l'identità del Contraente e dell'Assicurato e conferma l'autenticità delle firme.
Nome e Cognome e Firma del distributore:

_____

Ricevuto da Vitis Life S.A.
In data: _____

QUESTIONARIO AI FINI DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO PERSONA FISICA

I. Parti del contratto

Contraente(i)a)

A) Nel caso in cui il beneficiario economico del Contratto non coincida con la persona del Contraente, i campi relativi alla persona del o dei Contraenti debbono essere compilati con le informazioni riguardanti il o i beneficiari economici.

Contraente 1	Contraente 2
Professione: _____	Professione: _____
Professione esercitata da (menzionare l'anno) _____	Professione esercitata da (menzionare l'anno) _____
☐ Professione Indipendente/ Attività liberale. Descrizione della professione intellettuale esercitata: _____ Attività esercitata in qualità di: ☐ Persona fisica ☐ Persona giuridica _____	☐ Professione Indipendente/ Attività liberale. Descrizione della professione intellettuale esercitata: _____ Attività esercitata in qualità di: ☐ Persona fisica ☐ Persona giuridica _____
☐ Operaio / Dipendente ☐ Funzionario ☐ Quadro / Dirigente d'azienda ☐ Pensionato	☐ Operaio / Dipendente ☐ Funzionario ☐ Quadro / Dirigente d'azienda ☐ Pensionato
Nome del datore di lavoro: _____	Nome del datore di lavoro: _____
Funzione occupata: _____	Funzione occupata: _____
Attività svolta dal datore di lavoro: _____	Attività svolta dal datore di lavoro: _____
☐ Senza professione Precisare la professione del coniuge o la fonte dei redditi: _____	☐ Senza professione Precisare la professione del coniuge o la fonte dei redditi: _____
☐ Altro: _____	☐ Altro: _____

Il Contraente o un membro della sua famiglia* esercita (o ha esercitato) un mandato politico, militare, legislativo, amministrativo o giudiziario?

☐ Sì ☐ No

Se SÌ, specificare:
→Il tipo di funzione esercitata: _____

_____

→Nell'ambito di quale istituzione / amministrazione?

_____

→Precisare l'anno o gli anni di esercizio del mandato:

_____

→* Se membro della famiglia (identità e grado di parentela): _____

_____

Il Contraente agisce in nome e per conto proprio e non in qualità di mandatario o intermediario di terzi (beneficiario economico)?

(Il beneficiario economico può essere definito come la persona che, in ultima istanza, possiede o controlla il Contratto e/o qualsiasi persona per conto della quale viene eseguita un'operazione o realizzata un'attività.):

☐ Sì ☐ No

Se NO si prega di identificare il beneficiario economico:
(Compilare il presente questionario a nome del beneficiario economico e allegare copia della sua carta d'identità o altro documento giustificativo adeguato.)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

Indirizzo: _____

_____

Paese: _____

Codice Fiscale: _____

→ precisare la relazione con il terzo, per conto del quale si è sottoscritto il Contratto:

_____

_____

→ precisare la relazione con il terzo, per conto del quale si è sottoscritto il Contratto:

_____

Il Contraente o un membro della sua famiglia* esercita (o ha esercitato) un mandato politico, militare, legislativo, amministrativo o giudiziario?

☐ Sì ☐ No

Se SÌ, specificare:
→Il tipo di funzione esercitata: _____

_____

→Nell'ambito di quale istituzione / amministrazione?

_____

→Precisare l'anno o gli anni di esercizio del mandato:

_____

→* Se membro della famiglia (identità e grado di parentela): _____

_____

Il Contraente agisce in nome e per conto proprio e non in qualità di mandatario o intermediario di terzi (beneficiario economico)?

(Il beneficiario economico può essere definito come la persona che, in ultima istanza, possiede o controlla il Contratto e/o qualsiasi persona per conto della quale viene eseguita un'operazione o realizzata un'attività.):

☐ Sì ☐ No

Se NO si prega di identificare il beneficiario economico:
(Compilare il presente questionario a nome del beneficiario economico e allegare copia della sua carta d'identità o altro documento giustificativo adeguato.)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Nazionalità: _____

Indirizzo: _____

_____

Paese: _____

Codice Fiscale: _____

→ precisare la relazione con il terzo, per conto del quale si è sottoscritto il Contratto:

_____

_____

→ precisare la relazione con il terzo, per conto del quale si è sottoscritto il Contratto:

_____

Assicurato(i)

Il Contraente è l'Assicurato?
☐ Sì ☐ No

Se no, qual è il legame di parentela fra il(i) Contraente(i) e l'Assicurato (gli Assicurati)?
☐ Genitori/figli ☐ Marito/moglie ☐ Fratello/sorella ☐ Zio-zia/nipoti
☐ Nonni/nipoti ☐ Altro : _____

Per quale motivo l'Assicurato (gli Assicurati) è (sono) persona(e) diversa(e) dal(i) Contraente(i)?

_____

Beneficiario(i) (se di applicazione)

Il(i) Contraente(i) è(sono) il(i) Beneficiario(i) caso morte:
☐ Si ☐ No ☐ N/A

Se no, qual è il legame di parentela fra il(i) Contraente(i) e il(i) Beneficiario(i) caso morte?
☐ Genitori/figli ☐ Marito/moglie ☐ Fratello/sorella ☐ Zio-zia/nipoti
☐ Nonni/nipoti ☐ Altro : _____

Se non vi è alcun legame di parentela, quale motivo giustifica la nomina del(i) Beneficiario(i)?

_____

Mandatario (se di applicazione)

Il mandatario è una persona politicamente esposta?
☐ Si ☐ No

Se Sì, precisare: anno, funzione, istanza:

_____

_____

_____

Se non esiste alcun legame familiare tra Contraente e Mandatario, precisare:

- La relazione con il mandatario : _____
- Il motivo del conferimento del mandato : _____

2. Operazione prevista

Importo del Premio versato

_____ EUR ☐ Premio iniziale ☐ Premio aggiuntivo

Scopo dell'operazione

- ☐ Trasmettere tutto o parte del proprio patrimonio (trasferimento del patrimonio privato, libera designazione dei beneficiari, riservatezza del contrato nei confronti dei beneficiari.)
- ☐ Beneficiare della sicurezza finanziaria del prodotto sottoscritto (tutela del patrimonio investito in caso di fallimento dell'Assicuratore, ottima solvibilità dell'Assicuratore, tutela di parte del proprio patrimonio da eventuali azioni esecutive o conservative promosse contro il Contraente, copertura assicurativa caso morte).
- ☐ Assicurare finanziariamente il proprio futuro (costituire un risparmio privato per la pensione, in previsione di una diminuzione della pensione legale).
- ☐ Sottoscrivere un prodotto flessibile (cambiamento della o delle Proposte d'investimento finanziarie alle quali sono legate le Prestazioni assicurative del Contratto, in funzione dell'evoluzione della propria situazione personale, cambiamento della designazione dei Beneficiari caso morte in corso di contratto, possibilità di riscattare il Contratto, possibilità di offrire il contratto di assicurazione a garanzia di un prestito bancario ricevuto).
- ☐ Ottimizzare il proprio patrimonio privato (conferimento della gestione finanziaria delle attività sottostanti al contratto a un gestore professionale, accesso all'investimento in determinate classi di attivi finanziari, diversificazione geografica).
- ☐ Altro : _____

Origine geografica del Premio versato

Paese: _____

Origine economica del Premio versato

Vitis Life S.A. si riserva il diritto di richiedere i documenti giustificativi sull'origine del Premio destinato all'investimento (copia dell'estratto conto, estratto del portafoglio titoli, ricevuta dell'incasso di cedole, copia dell'atto di vendita di un immobile, copia della dichiarazione di successione, ecc.).

☐ Risparmio

- Origine del risparmio (redditi professionali / redditi immobiliari e locativi, plus-valenze finanziarie, …): _____
- Forma di risparmio prima della sottoscrizione del prodotto assicurativo (deposito a termine, titoli fisici, …): _____

☐ Donazione

- Data della donazione: _____
- Identità del(i) donatore(i): _____
- Legame di parentela fra il(i) Contraente(i) e il(i) donatore(i): _____
- Origine economica delle somme donate: _____
- Importo della donazione: _____

☐ Successione

- Data della successione: _____
- Identità del *de cuius* defunto: _____
- Legame di parentela tra il(i) Contraente(i) e il *de cuius* defunto: _____
- Origine economica del patrimonio ereditato: _____
- Importo della successione devoluta al Contraente: _____

☐ Realizzo di plus-valenze
- Data dell'operazione: _____
- Natura dell'operazione (incasso di cedole, vendita di proprietà, vendita di quote societarie, …):

_____

☐ Altro: _____

Modalità di pagamento del Premio

☐ Bonifico bancario
Concessi dalla banca (denominazione + Paese in cui si trova): _____
Il Premio versato proviene dal conto n° _____ che è:
☐ un conto personale/cointestato del(i) Contraente(i)
☐ un conto terzi *

☐ Reinvestimento di un contratto di assicurazione sottoscritto presso
☐ Vitis Life S.A. (contratto "Vitis _____" / n° _____)
☐ Compagnia assicurativa (denominazione + Paese in cui si trova): _____

_____

Il beneficiario del contratto all'origine del reinvestimento è:
☐ il(i) Contraente(i)
☐ Terzi *

*** In questi casi, vi invitiamo a:**
→ Trasmettere copia della carta d'identità in corso di valida della persona terza
→ Precisare il legame con il(i) Contraente(i) e i motivi per i quali la terza persona finanzia il Premio del contratto di assicurazione-vita:

_____
_____
_____

Stima del Patrimonio del(dei) Contraente(i)

Importo dei redditi annui netti complessivi (redditi professionali, mobiliari e immobiliari, pensioni, ecc.) del(i) Contraente(i):
☐ < 50.000 EUR
☐ tra 50.000 e 100.000 EUR
☐ tra 100.000 e 250.000 EUR
☐ > 250.000 EUR

Stima del patrimonio complessivo del(i) Contraente(i) in EUR: _____
→ Patrimonio immobiliare (prima casa, residenze secondarie, terreni, immobili locati, ecc.)
☐ < 500.000 EUR
☐ tra 500.000 e 1.000.000 EUR
☐ tra 1.000.000 e 2.500.000 EUR
☐ tra 2.500.000 e 5.000.000 EUR
☐ tra 5.000.000 e 10.000.000 EUR
☐ > 10.000.000 EUR

→ Patrimonio mobiliare (depositi bancari, quote societarie, contratti di assicurazione-vita, collezioni private, ecc.)
- ☐ tra 250.000 e 500.000 EUR
- ☐ tra 500.000 e 1.250.000 EUR
- ☐ tra 1.250.000 e 2.500.000 EUR
- ☐ tra 2.500.000 e 5.000.000 EUR
- ☐ tra 5.000.000 e 10.000.000 EUR
- ☐ > 10.000.000 EUR

→ Altro: _____

3. Dichiarazioni

Il(i) Contraente(i) dichiara(no) di aver completato il presente questionario in modo veritiero e conferma(no) che tutte le informazioni ivi contenute sono esatte e veritiere. Conferma(no) anche che il Premio destinato ad essere investito nel Contratto proviene da un'attività legale, conformemente alla legislazione europea contro il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo.

Il Contraente del contratto di assicurazione-vita concluso (o da concludere) con Vitis Life (qui sotto denominato "il Contratto"):

Dichiara e garantisce a Vitis Life S.A.:

- di essere stato informato da Vitis Life S.A. e/o dal proprio intermediario assicurativo della necessità imperativa di adempiere a tutte le obbligazioni fiscali a lui incombenti relative al proprio Contratto;
- di essere cosciente che è interamente e unicamente a carico del Contraente l'adempimento di tutte le obbligazioni fiscali (ivi comprese quelle dichiarative) inerenti al Contratto, indipendentemente dal motivo o dalla provenienza di tali obbligazioni, come ad esempio, la propria residenza, nazionalità, le attività svolte, ma anche lo Stato ove Vitis Life S.A. ha la sede legale, ecc. Il Contraente assume quindi l'integrale responsabilità e le conseguenze dell'adempimento delle proprie obbligazioni fiscali;
- di esser stato informato e di essere quindi cosciente che è responsabilità del Contraente consultare un consulente fiscale di fiducia per ottenere, se necessario, un parere indipendente che gli assicuri il rispetto delle proprie obbligazioni fiscali e, quindi, la conformità fiscale della propria situazione personale. Le informazioni eventualmente ricevute da Vitis Life S.A. e/o dal proprio intermediario assicurativo non possono avere infatti alcuna valenza di consulenza fiscale;
- che, se necessario in base alla legislazione e regolamentazione applicabili, (i) l'esistenza del Contratto, (ii) tutti i Premi versati o da pagare a Vitis Life S.A.; (iii) e tutte le relative operazioni, sono stati, sono e saranno dichiarati alle autorità competenti in base alla normativa vigente;
- che, nel caso in cui le dichiarazioni e gli impegni di cui alle precedenti dichiarazioni risultino erronee o imprecise (in particolare nel caso di un cambiamento del proprio status fiscale): (i) informerà prontamente Vitis Life S.A. e il proprio intermediario assicurativo; (ii) intraprenderà tutte le misure necessarie al fine di correggere nel più breve termine possibile la situazione d'irregolarità; (iii) fornirà a Vitis Life S.A. ogni documento giustificativo attestante la propria conformità fiscale o il ripristino della medesima.

Fatto a _____ , il _____/ _____ /

Firma della(e) persona(e) che ha(nno) completato il presente questionario

Cognome: _____ Cognome: _____
Nome: _____ Nome: _____

Firma del Contraente 1	**Firma del Contraente 2**

4. Parte riservata alla persona che ha raccolto le informazioni

Nome: _____ Cognome: _____

1. Da quando conosce il(i) Contraente(i)?

_____

2. Come lo(li) ha incontrato(i)?

_____

3. I(i) Contraente(i) ha(nno) già sottoscritto contratti analoghi a quello relativo al presente formulario ?

Tramite la vostra intermediazione? ☐ Si ☐ No
Presso la nostra compagnia? ☐ Si ☐ No
Riferimento del contratto se disponibile _____
Ragione della sottoscrizione di un nuovo contratto _____

_____

4. Le risposte del(i) Contraente(i) al presente questionario le sembrano esatte in base alle informazioni che dispone sul suo conto ? ☐ Si ☐ No

5. Se l'incontro si è svolto con una persona diversa dal(dei) Contraente(i), specificare per ogni persona incontrata:

Nome: _____ Cognome: _____
Motivo dell'intervento di questa terza persona :

_____

6. Avete informazioni complementari?

Siete a conoscenza di ulteriori informazioni che possano aumentare il rischio cliente ? ☐ Si ☐ No
In caso affermativo, quali? _____

Siete a conoscenza di indizi che possano far affermare che il Contraente non rispetti o non abbia rispettato la fiscalità del Paese alla quale è sottoposto? ☐ Si ☐ No
In caso affermativo, quali? _____

Siete a conoscenza di informazioni negative sulla reputazione e onorabilità del Contraente ? ☐ Si ☐ No
In caso affermativo, quali? _____

Siete a conoscenza di ulteriori informazioni sul conto del Contraente relative alla normativa europea contro il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo:? ☐ Si ☐ No
In caso affermativo, quali? _____

Fatto a _____, il _____ / _____ / _____

Firma dell'intermediario

MANDATI ALL'ASSICURATORE

	Contraente 1 ☐ Sig. ☐ Sig.ra	**Contraente 2** ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Cognome		
Cognome da nubile		
Nome		
	Assicurato 1 **Beneficiario economico** (se diverso dal Contraente) ☐ Sig. ☐ Sig.ra	**Assicurato 2** **Beneficiario economico** (se diverso dal Contraente) ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Cognome		
Cognome da nubile		
Nome		

di seguito anche più brevemente indicati come il "Mandante".

L'Assicuratore è tenuto al rispetto del segreto professionale delle informazioni contrattualmente raccolte, salvo i casi in cui sia stato autorizzato per legge a comunicare tali dati o abbia ricevuto dal diretto interessato preventiva e apposita istruzione. In assenza di quest'ultima autorizzazione, la comunicazione a terzi di dati confidenziali è punita ai sensi dell'articolo 458 del codice penale lussemburghese.

I mandati che seguono hanno quindi lo scopo di:

- sollevare l'Assicuratore, in determinate fattispecie, dall'insieme degli obblighi relativi al segreto professionale delle informazioni contrattualmente raccolte;
- autorizzare l'Assicuratore, conferendogli specifico e irrevocabile mandato a trasmettere e/o comunicare, direttamente o indirettamente tramite soggetto debitamente delegato, ogni informazione, dichiarazione o pagamento a terzi.

I. Ricerca dei beneficiari designati

Al fine di permettere a Vitis Life S.A. di procedere al pagamento delle Prestazioni assicurative ai Beneficiari designati in caso morte ed evitare così il fenomeno di contratti dormenti, il Contraente si impegna a comunicare all'Assicuratore ogni cambiamento di indirizzo della propria residenza, di quella dell'Assicurato o del Beneficiario designato in caso morte.

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, mediante sottoscrizione del Modulo di proposta e la conclusione del Contratto, conferisce mandato a Vitis Life per:

- consultare i Registri dello Stato civile anche facendo ricorso a professionisti privati tenuti al rispetto del segreto professionale per verificare in corso di contratto l'esistenza in vita dell'Assicurato, anche mediante il ricorso;
- identificare il Beneficiario designato in caso morte e contattarlo al fine di provvedere al pagamento delle Prestazioni assicurative che gli sono dovute;
- nel caso in cui il Beneficiario designato in caso morte non abbia rivendicato il pagamento delle Prestazioni assicurative nei 18 mesi che seguono l'avvenuta conoscenza del decesso dell'Assicurato, consultare i Registri dello Stato civile anche facendo ricorso a professionisti privati tenuti al rispetto del segreto professionale, per verificare che il Beneficiario designato sia ancora in vita e a quale indirizzo possa essere contattato.

Nel caso in cui, sebbene contattato, il Beneficiario designato non richieda il pagamento delle Prestazioni assicurative nel termine di prescrizione delle medesime, Vitis Life S.A. provvederà agli adempimenti dettati dalla normativa italiana in materia di contratti dormienti come da indicato nelle condizioni generali di contratto.

A tal fine, il Contraente:

- dichiara di esser cosciente e accettare che Vitis Life S.A. comunichi a terzi dati contrattuali confidenziali protetti dal segreto professionale;
- dichiara di esser cosciente e accettare che terzi possano trasmettere a loro volta questi dati a soggetti ulteriori senza che Vitis Life S.A. ne venga a conoscenza e ne sia responsabile;
- dichiara di autorizzare sin d'ora Vitis Life S.A. a dedurre eventuali spese sostenute per le ricerche del Beneficiario designato in caso morte dalle Prestazioni assicurative.

Mediante compilazione del paragrafo E relativo al Referente terzo e sottoscrizione del Modulo di proposta, il Contraente conferisce mandato a Vitis Life a prendere contatto con la persona indicata a seguito del verificarsi dell'evento assicurato al fine di rispettare le particolari esigenze di riservatezza del Contraente e di facilitare l'identificazione e la ricerca del o dei beneficiari designati. Il contraente manleva sin d'ora Vitis Life S.A. da ogni responsabilità derivante dalla trasmissione di dati contrattuali e/o personali delle parti del contratto assicurativo al referente terzo nominato, in particolar modo in relazione al segreto professionale assicurativo lussemburghese.

Il presente mandato non cessa la propria efficacia al decesso dei Contraenti mandanti.

II. Trasmissione dei dati personali per finalità contrattuali

Tramite la sottoscrizione del Modulo di proposta, il Contraente richiede a Vitis Life S.A., la stipula di un contratto *unit-linked* le cui Prestazioni assicurative possono essere direttamente legate all'andamento finanziario di Fondi d'investimento, per la costituzione dei quali è necessaria l'apertura di un conto titoli presso una Banca depositaria e il conferimento di un mandato di gestione discrezionale a un Gestore finanziario specializzato in asset management. Il contratto puo essere concluso con l'intervento di un intermediario assicurativo ed essere costituito in pegno a fronte di una linea di credito concesso da un istituto bancario

Ai fini pertanto della strutturazione contrattuale, la costituzione eventuale dei fondi d'investimento sottostanti, l'investimento in particolari attivi finanziari e i rispetto della regolamentazione e legislazione applicabile in occasione delle diverse operazioni contrattuali, può essere necessaria la comunicazione dell'identità del Contraente e/o del Beneficiario economico* (in caso di persona diversa dal Contraente, così come eventualmente già identificato nel modulo "Questionario ai fini della normativa antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo") e la trasmissione dei loro dati personali, nonché la trasmissione di informazioni contrattuali a soggetti terzi quali:

a. la o le Banche depositarie dei Fondi d'investimento sottostanti al Contratto;
b. il o i Gestori incaricati della gestione finanziaria degli attivi componenti i Fondi d'investimento sottostanti al Contratto;
c. l'intermediario assicurativo;
d. l'istituto di credito a beneficio del quale il Contraente richiede sia costituito in pegno il proprio contratto;
e. gli emittenti di particolari attivi finanziari nei quali il Gestore finanziario intende investire nell'esecuzione del suo mandato discrezionale sul fondo d'investimento sottostante al contratto; di seguito collettivamente indicati quali "Soggetti terzi".

In caso di rifiuto del Contraente e/o del Beneficiario economico del Contratto alla trasmissione e comunicazione dei predetti dati personali e contrattuali, l'Assicuratore potrebbe trovarsi pertanto nell'impossibilità di dare esecuzione alle richieste del Contraente.
Pertanto il Mandante conferisce all'Assicuratore (Mandatario) il potere di trasmettere a prima richiesta -in suo nome e per suo conto- ai soggetti terzi sopra elencati:

- ogni dato personale nonché copia di un proprio documento d'identità;
- ogni informazione contrattuale o finanziaria relativa alle parti del Contratto **(fatta eccezione dei certificati e referti medici dell'Assicurato)**;

- copia dei documenti che compongono il Contratto **(fatta eccezione delle informazioni e referti medici dell'Assicurato)**.

Con il presente mandato il Mandante:

- autorizza l'Assicuratore a comunicare e trasmettere i dati e documenti riservati attraverso qualsiasi mezzo di comunicazione;
- solleva l'Assicuratore e i suoi impiegati dagli obblighi relativi al segreto professionale lussemburghese;
- manleva sin d'ora l'Assicuratore e i suoi impiegati da ogni responsabilità relativa alla comunicazione e trasmissione dei dati personali e contrattuali ai soggetti terzi sopra elencati.

Il presente mandato non cesserà in caso di semplice inabilità del Mandante.

Il presente mandato viene conferito per un periodo limitato equivalente alla durata del Contratto e si concluderà automaticamente nelle seguenti eventualità:

- rescissione o riscatto totale del Contratto;
- decesso del Mandante;
- rinuncia al mandato da parte dell'Assicuratore (Mandatario) o revoca dello stesso da parte del Mandante.

Qualora il Mandante intenda revocare all'Assicuratore (Mandatario) il presente mandato, dovrà inviare a quest'ultimo la revoca al seguente indirizzo postale: Vitis Life S.A. – B.P. 803, L-2018 Luxembourg.

Fatte salve le comunicazioni e trasmissioni dei dati precedentemente effettuate, la revoca del presente mandato avrà effetto dal momento della sua ricezione da parte dell'Assicuratore (Mandatario).

La rinuncia o la revoca dei mandati non comporta la rescissione del Contratto assicurativo.

Avvertenza: eccezion fatta per l'Intermediario assicurativo incaricato dal Contraente, la comunicazione delle informazioni e l'eventuale trasmissione di copia dei documenti contrattuali richieste dai Soggetti terzi non autorizza in alcun modo questi ultimi al compimento di atti di distribuzione assicurativa.
Le informazioni e/o le copie dei documenti contrattuali trasmessi dall'Assicuratore Mandatario ai Soggetti terzi dovranno essere utilizzate da questi ultimi esclusivamente per l'esecuzione dell'operazione che ha motivato la trasmissione di tali informazioni/documenti.
L'Assicuratore non è pertanto responsabile di eventuali usi distorti delle informazioni e documenti trasmessi da parte dei Soggetti terzi e in particolare dello svolgimento di un'eventuale attività abusiva di distribuzione.

III. Trasmissione dei dati personali per finalità contrattuali

Il Contraente e/o Il Beneficiario Economico e/o l'Assicurato:

- Dichiara(no) di essere stato(a/i) informato(a/i) e di aver preso visione:
  - → degli obblighi in merito al segreto professionale, che incombono su Vitis Life S.A. in forza del Codice Penale lussemburghese (articolo 458) e della legge del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo nel Gran Ducato del Lussemburgo (articolo 300);
  - → delle disposizioni legali e fiscali applicabili al contratto d'assicurazione-vita stipulato o di prossima conclusione;
  - → dei doveri incombenti in forza della normativa italiana su Vitis Life S.A. in merito alla tenuta del registro premi, alle comunicazioni all'archivio dei rapporti finanziari e al Ministero dell'economia e delle finanze;
- Autorizza(no) Vitis Life S.A. a trasmettere al proprio rappresentante fiscale le informazioni da riportare per legge (L.1216/1961) nel registro premi, unitamente ad una copia del certificato del proprio contratto, al fine di adempiere ai doveri di tenuta del registro sopra menzionato.

- Autorizza(no) Vitis Life S.A. ed il suo rappresentante fiscale ad esibire i menzionati registri in caso di domanda in tal senso da parte delle autorità italiane.
- Autorizza(no) Vitis Life S.A. ed il suo rappresentante fiscale ad effettuare le comunicazioni di legge all'archivio dei rapporti finanziari e a fornire alle autorità italiane ogni informazione relativa al proprio contratto in adempimento degli obblighi legislativi sugli stessi incombenti.
- S'impegna(no) a non chiamare in giudizio e a non ritenere responsabile Vitis Life S.A., il suo rappresentante fiscale o qualsiasi altro soggetto operante in vece delle menzionate persone giuridiche, per la divulgazione d'informazioni contrattuali in loro possesso, fatta nell'adempimento di obblighi legali incombenti su Vitis Life S.A. e sul suo rappresentante legale o in esecuzione di specifiche richieste provenienti dalle autorità nazionali competenti.
- Vitis Life S.A. e il suo rappresentante fiscale, i rispettivi impiegati, agenti o amministratori, si intendono quindi sollevati dal dovere di confidenzialità dettato dalla normativa lussemburghese di cui al primo punto, per le comunicazioni da loro effettuate all'autorità fiscale italiana nell'adempimento degli obblighi legali incombenti su Vitis Life S.A. o in esecuzione di espressa richiesta d'informazioni da parte delle autorità nazionali competenti, conformemente alla legislazione applicabile in materia.
- La presente autorizzazione ed il relativo mandato sono conferiti per un periodo equivalente alla durata del contratto che farà seguito alla sottoscrizione della proposta assicurativa, aumentata di un periodo equivalente al termine di prescrizione previsto dal diritto fiscale e penale italiano.

Fatto a _____ , il _____

Firma Assicurato 1 Beneficiario economico	Firma Assicurato 2 Beneficiario economico
Firma Contraente 1	Firma Contraente 2

INFORMATIVA SUI RISCHI LEGATI AI FONDI A GESTIONE ALTERNATIVA E AI FONDI IMMOBILIARI

CANCELLARE

Conformemente a quanto dettato dalla regolamentazione del *Commissariat aux Assurances* in merito alle regole d'investimento dei prodotti finanziari assicurativi e in particolare dei contratti le cui prestazioni sono legate a Fondi d'investimento, la presente informativa ha lo scopo di mettere il Contraente a conoscenza che:

- taluni attivi finanziari componenti il o i Fondi d'investimento sottostanti al suo Contratto di assicurazione vita possono investire direttamente o indirettamente in fondi d'investimento immobiliari e in fondi d'investimento a gestione alternativa;
- quest'ultime due tipologie di fondi, presentano specifici rischi d'investimento derivanti dal loro peculiare carattere speculativo, che li connota dunque per un livello di rischio più elevato rispetto ad altre tipologie di investimenti;

e di raccogliere quindi l'accordo scritto del Contraente preliminarmente all'investimento in tali strumenti finanziari.

1. Caratteristiche dei Fondi a Gestione Alternativa

I Fondi d'investimento a gestione alternativa, abitualmente denominati "hedge funds" o "fondi di hedge funds", sono generalmente caratterizzati da/

- la ricerca di performance assolute;
- la ricerca costante di realizzare un rendimento positivo senza seguire o superare il rendimento di un indice particolare quanto piuttosto nel costante tentativo di limitare la volatilità decorrelandosi dai mercati borsistici e obbligazionari.

Per raggiungere quest'obiettivo, i Fondi d'investimento a gestione alternativa non si limitano ad investire in categorie di attivi cosidetti "classici", quali azioni e obbligazioni, ma fanno spesso ricorso a tecniche di gestione complesse e a supporti d'investimento molto diversificati.

Essendo i gestori di Fondi d'investimento alternativi sottoposti a regole d'investimento meno severe, essi possono avvalersi di strumenti quali l'*hedging* (creazione di effetti leva), lo *short selling* (vendita allo scoperto), nonché di diverse forme di switch, di prodotti derivati (ecc. ecc.) che potrebbe presentare dei rischi specifici quali, per esempio:

→ Effetto leva: questo meccanismo mira ad accentuare l'evoluzione dei diversi mercati. In base a tale effetto gli attivi possono crescere maggiormente. Tuttavia in caso di calo, presentano una maggiore vulnerabilità e quindi un rischio più importante di diminuzione degli attivi finanziari all'andamento dei quali sono legati le Prestazioni assicurative.

→ Strategie complesse: tecniche come la vendita allo scoperto, strategie di switch o l'utilizzo di prodotti strutturati non facilitano la comprensione del prodotto per un non professionista.

→ Liquidità non immediata: alcuni investimenti potrebbero essere sottoscritti, liquidati o liberati solo a periodi prestabiliti distanziati nel tempo.

2. Caratteristiche dei Fondi Immobiliari

I Fondi d'investimento immobiliari, essendo fondi il cui oggetto principale è l'investimento in valori immobiliari (immobili, società immobiliari, diritti su beni immobili, …), possono presentare un rischio maggiore rispetto all'evoluzione dei mercati immobiliari e rispetto alla loro liquidabilità (legata evidentemente alla tempistica necessaria per la vendita di un bene immobile).

3. Dichiarazioni del Contraente

Con la sottoscrizione del presente documento, il(i) Contraente(i):

- Dichiara(no) di aver preso conoscenza della presente informativa, di essere stato(i) informato(i) e di aver compreso le caratteristiche dei contratti assicurativi le cui Proposte d'investimento finanziario sottostanti possono essere composte di fondi a gestione alternativa e fondi immobiliari;
- Dichiarano di accettare, con piena cognizione di causa, i rischi relativi alla scelta di Proposte d'investimento finanziario sottostanti al Contratto che possano investire in fondi d'investimento a gestione alternativa e/o in fondi d'investimento immobiliari, e in particolare: i rischi di un calo rilevante del valore degli attivi finanziari all'andamento dei quali sono legate le Prestazioni assicurative, le tempistiche più lunghe d'investimento e disinvestimento;
- Dichiara(no) di aver ricevuto dall'Assicuratore informazioni sulle caratteristiche principali dei fondi d'investimento alternativi e dei fondi d'investimento immobiliari che possono comporre in tutto o in parte le Proposte d'investimento finanziario sottostanti al proprio Contratto.

4. Accordo preventivo e specifico del Contraente

Tramite sottoscrizione del presente documento il Contraente(i) dichiara espressamente di:
(selezionare imperativamente una delle seguenti caselle)

☐ **Accettare** che gli attivi finanziari all'andamento dei quali sono legate le Prestazioni assicurative del proprio Contratto siano in tutto o in parte investiti, direttamente o indirettamente, in fondi d'investimento a gestione alternativa e/o in fondi d'investimento immobiliari. Ciò sempre nel rispetto dei limiti imposti dalla regolamentazione lussemburghese;

☐ **Rifiutare** che gli attivi finanziari all'andamento dei quali sono legate le Prestazioni assicurative del proprio Contratto siano in tutto o in parte investiti, direttamente o indirettamente, in fondi d'investimento a gestione alternativa e/o in fondi d'investimento immobiliari.

Fatto a _____ , il _____ / _____ /

Firma Contraente 1	Firma Contraente 2

(n° modulo di proposta)

VITISLIFE
inspired wealth insurance

Questo documento deve essere compilato nel caso in cui il contraente dichiari il suo status di "US Person" nel Modulo di proposta. È considerato "US Person" ogni cittadino statunitense, residente americano (residenza primaria o secondaria) oppure soggetto ad imposte statunitensi.

DICHIARAZIONE DI STATO
W-9

Form **W-9**
(Rev. November 2017)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

▶ Go to *www.irs.gov/FormW9* for instructions and the latest information.

Give Form to the requester. Do not send to the IRS.

Print or type.
See **Specific Instructions** on page 3.

1 Name (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.

2 Business name/disregarded entity name, if different from above

3 Check appropriate box for federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only **one** of the following seven boxes.

☐ Individual/sole proprietor or single-member LLC ☐ C Corporation ☐ S Corporation ☐ Partnership ☐ Trust/estate

☐ Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=Partnership) ▶ _____

Note: Check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. Do not check LLC if the LLC is classified as a single-member LLC that is disregarded from the owner unless the owner of the LLC is another LLC that is **not** disregarded from the owner for U.S. federal tax purposes. Otherwise, a single-member LLC that is disregarded from the owner should check the appropriate box for the tax classification of its owner.

☐ Other (see instructions) ▶

4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3):

Exempt payee code (if any) _____

Exemption from FATCA reporting code (if any) _____

(Applies to accounts maintained outside the U.S.)

5 Address (number, street, and apt. or suite no.) See instructions.

Requester's name and address (optional)

6 City, state, and ZIP code

7 List account number(s) here (optional)

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN,* later.

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. Also see *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Social security number

☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

or

Employer identification number

☐☐ – ☐☐☐☐☐☐☐

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here **Signature of U.S. person ▶** **Date ▶**

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to *www.irs.gov/FormW9.*

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) which may be your social security number (SSN), individual taxpayer identification number (ITIN), adoption taxpayer identification number (ATIN), or employer identification number (EIN), to report on an information return the amount paid to you, or other amount reportable on an information return. Examples of information returns include, but are not limited to, the following.

- Form 1099-INT (interest earned or paid)
- Form 1099-DIV (dividends, including those from stocks or mutual funds)
- Form 1099-MISC (various types of income, prizes, awards, or gross proceeds)
- Form 1099-B (stock or mutual fund sales and certain other transactions by brokers)
- Form 1099-S (proceeds from real estate transactions)
- Form 1099-K (merchant card and third party network transactions)
- Form 1098 (home mortgage interest), 1098-E (student loan interest), 1098-T (tuition)
- Form 1099-C (canceled debt)
- Form 1099-A (acquisition or abandonment of secured property)

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN.

If you do not return Form W-9 to the requester with a TIN, you might be subject to backup withholding. See What is backup withholding, *later.*

By signing the filled-out form, you:

1. Certify that the TIN you are giving is correct (or you are waiting for a number to be issued),

2. Certify that you are not subject to backup withholding, or

3. Claim exemption from backup withholding if you are a U.S. exempt payee. If applicable, you are also certifying that as a U.S. person, your allocable share of any partnership income from a U.S. trade or business is not subject to the withholding tax on foreign partners' share of effectively connected income, and

4. Certify that FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that you are exempt from the FATCA reporting, is correct. See *What is FATCA reporting,* later, for further information.

Note: If you are a U.S. person and a requester gives you a form other than Form W-9 to request your TIN, you must use the requester's form if it is substantially similar to this Form W-9.

Definition of a U.S. person. For federal tax purposes, you are considered a U.S. person if you are:

- An individual who is a U.S. citizen or U.S. resident alien;
- A partnership, corporation, company, or association created or organized in the United States or under the laws of the United States;
- An estate (other than a foreign estate); or
- A domestic trust (as defined in Regulations section 301.7701-7).

Special rules for partnerships. Partnerships that conduct a trade or business in the United States are generally required to pay a withholding tax under section 1446 on any foreign partners' share of effectively connected taxable income from such business. Further, in certain cases where a Form W-9 has not been received, the rules under section 1446 require a partnership to presume that a partner is a foreign person, and pay the section 1446 withholding tax. Therefore, if you are a U.S. person that is a partner in a partnership conducting a trade or business in the United States, provide Form W-9 to the partnership to establish your U.S. status and avoid section 1446 withholding on your share of partnership income.

In the cases below, the following person must give Form W-9 to the partnership for purposes of establishing its U.S. status and avoiding withholding on its allocable share of net income from the partnership conducting a trade or business in the United States.

- In the case of a disregarded entity with a U.S. owner, the U.S. owner of the disregarded entity and not the entity;
- In the case of a grantor trust with a U.S. grantor or other U.S. owner, generally, the U.S. grantor or other U.S. owner of the grantor trust and not the trust; and
- In the case of a U.S. trust (other than a grantor trust), the U.S. trust (other than a grantor trust) and not the beneficiaries of the trust.

Foreign person. If you are a foreign person or the U.S. branch of a foreign bank that has elected to be treated as a U.S. person, do not use Form W-9. Instead, use the appropriate Form W-8 or Form 8233 (see Pub. 515, Withholding of Tax on Nonresident Aliens and Foreign Entities).

Nonresident alien who becomes a resident alien. Generally, only a nonresident alien individual may use the terms of a tax treaty to reduce or eliminate U.S. tax on certain types of income. However, most tax treaties contain a provision known as a "saving clause." Exceptions specified in the saving clause may permit an exemption from tax to continue for certain types of income even after the payee has otherwise become a U.S. resident alien for tax purposes.

If you are a U.S. resident alien who is relying on an exception contained in the saving clause of a tax treaty to claim an exemption from U.S. tax on certain types of income, you must attach a statement to Form W-9 that specifies the following five items.

1. The treaty country. Generally, this must be the same treaty under which you claimed exemption from tax as a nonresident alien.

2. The treaty article addressing the income.

3. The article number (or location) in the tax treaty that contains the saving clause and its exceptions.

4. The type and amount of income that qualifies for the exemption from tax.

5. Sufficient facts to justify the exemption from tax under the terms of the treaty article.

Example. Article 20 of the U.S.-China income tax treaty allows an exemption from tax for scholarship income received by a Chinese student temporarily present in the United States. Under U.S. law, this student will become a resident alien for tax purposes if his or her stay in the United States exceeds 5 calendar years. However, paragraph 2 of the first Protocol to the U.S.-China treaty (dated April 30, 1984) allows the provisions of Article 20 to continue to apply even after the Chinese student becomes a resident alien of the United States. A Chinese student who qualifies for this exception (under paragraph 2 of the first protocol) and is relying on this exception to claim an exemption from tax on his or her scholarship or fellowship income would attach to Form W-9 a statement that includes the information described above to support that exemption.

If you are a nonresident alien or a foreign entity, give the requester the appropriate completed Form W-8 or Form 8233.

Backup Withholding

What is backup withholding? Persons making certain payments to you must under certain conditions withhold and pay to the IRS 28% of such payments. This is called "backup withholding." Payments that may be subject to backup withholding include interest, tax-exempt interest, dividends, broker and barter exchange transactions, rents, royalties, nonemployee pay, payments made in settlement of payment card and third party network transactions, and certain payments from fishing boat operators. Real estate transactions are not subject to backup withholding.

You will not be subject to backup withholding on payments you receive if you give the requester your correct TIN, make the proper certifications, and report all your taxable interest and dividends on your tax return.

Payments you receive will be subject to backup withholding if:

1. You do not furnish your TIN to the requester,

2. You do not certify your TIN when required (see the instructions for Part II for details),

3. The IRS tells the requester that you furnished an incorrect TIN,

4. The IRS tells you that you are subject to backup withholding because you did not report all your interest and dividends on your tax return (for reportable interest and dividends only), or

5. You do not certify to the requester that you are not subject to backup withholding under 4 above (for reportable interest and dividend accounts opened after 1983 only).

Certain payees and payments are exempt from backup withholding. See *Exempt payee code,* later, and the separate Instructions for the Requester of Form W-9 for more information.

Also see *Special rules for partnerships,* earlier.

What is FATCA Reporting?

The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) requires a participating foreign financial institution to report all United States account holders that are specified United States persons. Certain payees are exempt from FATCA reporting. See *Exemption from FATCA reporting code,* later, and the Instructions for the Requester of Form W-9 for more information.

Updating Your Information

You must provide updated information to any person to whom you claimed to be an exempt payee if you are no longer an exempt payee and anticipate receiving reportable payments in the future from this person. For example, you may need to provide updated information if you are a C corporation that elects to be an S corporation, or if you no longer are tax exempt. In addition, you must furnish a new Form W-9 if the name or TIN changes for the account; for example, if the grantor of a grantor trust dies.

Penalties

Failure to furnish TIN. If you fail to furnish your correct TIN to a requester, you are subject to a penalty of $50 for each such failure unless your failure is due to reasonable cause and not to willful neglect.

Civil penalty for false information with respect to withholding. If you make a false statement with no reasonable basis that results in no backup withholding, you are subject to a $500 penalty.

Criminal penalty for falsifying information. Willfully falsifying certifications or affirmations may subject you to criminal penalties including fines and/or imprisonment.

Misuse of TINs. If the requester discloses or uses TINs in violation of federal law, the requester may be subject to civil and criminal penalties.

Specific Instructions

Line 1

You must enter one of the following on this line; **do not** leave this line blank. The name should match the name on your tax return.

If this Form W-9 is for a joint account (other than an account maintained by a foreign financial institution (FFI)), list first, and then circle, the name of the person or entity whose number you entered in Part I of Form W-9. If you are providing Form W-9 to an FFI to document a joint account, each holder of the account that is a U.S. person must provide a Form W-9.

a. **Individual.** Generally, enter the name shown on your tax return. If you have changed your last name without informing the Social Security Administration (SSA) of the name change, enter your first name, the last name as shown on your social security card, and your new last name.

Note: ITIN applicant: Enter your individual name as it was entered on your Form W-7 application, line 1a. This should also be the same as the name you entered on the Form 1040/1040A/1040EZ you filed with your application.

b. **Sole proprietor or single-member LLC.** Enter your individual name as shown on your 1040/1040A/1040EZ on line 1. You may enter your business, trade, or "doing business as" (DBA) name on line 2.

c. **Partnership, LLC that is not a single-member LLC, C corporation, or S corporation.** Enter the entity's name as shown on the entity's tax return on line 1 and any business, trade, or DBA name on line 2.

d. **Other entities.** Enter your name as shown on required U.S. federal tax documents on line 1. This name should match the name shown on the charter or other legal document creating the entity. You may enter any business, trade, or DBA name on line 2.

e. **Disregarded entity.** For U.S. federal tax purposes, an entity that is disregarded as an entity separate from its owner is treated as a "disregarded entity." See Regulations section 301.7701-2(c)(2)(iii). Enter the owner's name on line 1. The name of the entity entered on line 1 should never be a disregarded entity. The name on line 1 should be the name shown on the income tax return on which the income should be reported. For example, if a foreign LLC that is treated as a disregarded entity for U.S. federal tax purposes has a single owner that is a U.S. person, the U.S. owner's name is required to be provided on line 1. If the direct owner of the entity is also a disregarded entity, enter the first owner that is not disregarded for federal tax purposes. Enter the disregarded entity's name on line 2, "Business name/disregarded entity name." If the owner of the disregarded entity is a foreign person, the owner must complete an appropriate Form W-8 instead of a Form W-9. This is the case even if the foreign person has a U.S. TIN.

Line 2

If you have a business name, trade name, DBA name, or disregarded entity name, you may enter it on line 2.

Line 3

Check the appropriate box on line 3 for the U.S. federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only one box on line 3.

IF the entity/person on line 1 is a(n) . . .	THEN check the box for . . .
• Corporation	Corporation
• Individual • Sole proprietorship, or • Single-member limited liability company (LLC) owned by an individual and disregarded for U.S. federal tax purposes.	Individual/sole proprietor or single-member LLC
• LLC treated as a partnership for U.S. federal tax purposes, • LLC that has filed Form 8832 or 2553 to be taxed as a corporation, or • LLC that is disregarded as an entity separate from its owner but the owner is another LLC that is not disregarded for U.S. federal tax purposes.	Limited liability company and enter the appropriate tax classification. (P= Partnership; C= C corporation; or S= S corporation)
• Partnership	Partnership
• Trust/estate	Trust/estate

Line 4, Exemptions

If you are exempt from backup withholding and/or FATCA reporting, enter in the appropriate space on line 4 any code(s) that may apply to you.

Exempt payee code.

- Generally, individuals (including sole proprietors) are not exempt from backup withholding.
- Except as provided below, corporations are exempt from backup withholding for certain payments, including interest and dividends.
- Corporations are not exempt from backup withholding for payments made in settlement of payment card or third party network transactions.
- Corporations are not exempt from backup withholding with respect to attorneys' fees or gross proceeds paid to attorneys, and corporations that provide medical or health care services are not exempt with respect to payments reportable on Form 1099-MISC.

The following codes identify payees that are exempt from backup withholding. Enter the appropriate code in the space in line 4.

1—An organization exempt from tax under section 501(a), any IRA, or a custodial account under section 403(b)(7) if the account satisfies the requirements of section 401(f)(2)

2—The United States or any of its agencies or instrumentalities

3—A state, the District of Columbia, a U.S. commonwealth or possession, or any of their political subdivisions or instrumentalities

4—A foreign government or any of its political subdivisions, agencies, or instrumentalities

5—A corporation

6—A dealer in securities or commodities required to register in the United States, the District of Columbia, or a U.S. commonwealth or possession

7—A futures commission merchant registered with the Commodity Futures Trading Commission

8—A real estate investment trust

9—An entity registered at all times during the tax year under the Investment Company Act of 1940

10—A common trust fund operated by a bank under section 584(a)

11—A financial institution

12—A middleman known in the investment community as a nominee or custodian

13—A trust exempt from tax under section 664 or described in section 4947

The following chart shows types of payments that may be exempt from backup withholding. The chart applies to the exempt payees listed above, 1 through 13.

IF the payment is for . . .	THEN the payment is exempt for . . .
Interest and dividend payments	All exempt payees except for 7
Broker transactions	Exempt payees 1 through 4 and 6 through 11 and all C corporations. S corporations must not enter an exempt payee code because they are exempt only for sales of noncovered securities acquired prior to 2012.
Barter exchange transactions and patronage dividends	Exempt payees 1 through 4
Payments over $600 required to be reported and direct sales over $5,000[1]	Generally, exempt payees 1 through 5[2]
Payments made in settlement of payment card or third party network transactions	Exempt payees 1 through 4

[1] See Form 1099-MISC, Miscellaneous Income, and its instructions.

[2] However, the following payments made to a corporation and reportable on Form 1099-MISC are not exempt from backup withholding: medical and health care payments, attorneys' fees, gross proceeds paid to an attorney reportable under section 6045(f), and payments for services paid by a federal executive agency.

Exemption from FATCA reporting code. The following codes identify payees that are exempt from reporting under FATCA. These codes apply to persons submitting this form for accounts maintained outside of the United States by certain foreign financial institutions. Therefore, if you are only submitting this form for an account you hold in the United States, you may leave this field blank. Consult with the person requesting this form if you are uncertain if the financial institution is subject to these requirements. A requester may indicate that a code is not required by providing you with a Form W-9 with "Not Applicable" (or any similar indication) written or printed on the line for a FATCA exemption code.

A—An organization exempt from tax under section 501(a) or any individual retirement plan as defined in section 7701(a)(37)

B—The United States or any of its agencies or instrumentalities

C—A state, the District of Columbia, a U.S. commonwealth or possession, or any of their political subdivisions or instrumentalities

D—A corporation the stock of which is regularly traded on one or more established securities markets, as described in Regulations section 1.1472-1(c)(1)(i)

E—A corporation that is a member of the same expanded affiliated group as a corporation described in Regulations section 1.1472-1(c)(1)(i)

F—A dealer in securities, commodities, or derivative financial instruments (including notional principal contracts, futures, forwards, and options) that is registered as such under the laws of the United States or any state

G—A real estate investment trust

H—A regulated investment company as defined in section 851 or an entity registered at all times during the tax year under the Investment Company Act of 1940

I—A common trust fund as defined in section 584(a)

J—A bank as defined in section 581

K—A broker

L—A trust exempt from tax under section 664 or described in section 4947(a)(1)

M—A tax exempt trust under a section 403(b) plan or section 457(g) plan

Note: You may wish to consult with the financial institution requesting this form to determine whether the FATCA code and/or exempt payee code should be completed.

Line 5

Enter your address (number, street, and apartment or suite number). This is where the requester of this Form W-9 will mail your information returns. If this address differs from the one the requester already has on file, write NEW at the top. If a new address is provided, there is still a chance the old address will be used until the payor changes your address in their records.

Line 6

Enter your city, state, and ZIP code.

Part I. Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. If you are a resident alien and you do not have and are not eligible to get an SSN, your TIN is your IRS individual taxpayer identification number (ITIN). Enter it in the social security number box. If you do not have an ITIN, see *How to get a TIN* below.

If you are a sole proprietor and you have an EIN, you may enter either your SSN or EIN.

If you are a single-member LLC that is disregarded as an entity separate from its owner, enter the owner's SSN (or EIN, if the owner has one). Do not enter the disregarded entity's EIN. If the LLC is classified as a corporation or partnership, enter the entity's EIN.

Note: See *What Name and Number To Give the Requester,* later, for further clarification of name and TIN combinations.

How to get a TIN. If you do not have a TIN, apply for one immediately. To apply for an SSN, get Form SS-5, Application for a Social Security Card, from your local SSA office or get this form online at *www.SSA.gov*. You may also get this form by calling 1-800-772-1213. Use Form W-7, Application for IRS Individual Taxpayer Identification Number, to apply for an ITIN, or Form SS-4, Application for Employer Identification Number, to apply for an EIN. You can apply for an EIN online by accessing the IRS website at *www.irs.gov/Businesses* and clicking on Employer Identification Number (EIN) under Starting a Business. Go to *www.irs.gov/Forms* to view, download, or print Form W-7 and/or Form SS-4. Or, you can go to *www.irs.gov/OrderForms* to place an order and have Form W-7 and/or SS-4 mailed to you within 10 business days.

If you are asked to complete Form W-9 but do not have a TIN, apply for a TIN and write "Applied For" in the space for the TIN, sign and date the form, and give it to the requester. For interest and dividend payments, and certain payments made with respect to readily tradable instruments, generally you will have 60 days to get a TIN and give it to the requester before you are subject to backup withholding on payments. The 60-day rule does not apply to other types of payments. You will be subject to backup withholding on all such payments until you provide your TIN to the requester.

Note: Entering "Applied For" means that you have already applied for a TIN or that you intend to apply for one soon.

Caution: A disregarded U.S. entity that has a foreign owner must use the appropriate Form W-8.

Part II. Certification

To establish to the withholding agent that you are a U.S. person, or resident alien, sign Form W-9. You may be requested to sign by the withholding agent even if item 1, 4, or 5 below indicates otherwise.

For a joint account, only the person whose TIN is shown in Part I should sign (when required). In the case of a disregarded entity, the person identified on line 1 must sign. Exempt payees, see *Exempt payee code,* earlier.

Signature requirements. Complete the certification as indicated in items 1 through 5 below.

1. Interest, dividend, and barter exchange accounts opened before 1984 and broker accounts considered active during 1983. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification.

2. Interest, dividend, broker, and barter exchange accounts opened after 1983 and broker accounts considered inactive during 1983. You must sign the certification or backup withholding will apply. If you are subject to backup withholding and you are merely providing your correct TIN to the requester, you must cross out item 2 in the certification before signing the form.

3. Real estate transactions. You must sign the certification. You may cross out item 2 of the certification.

4. Other payments. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification unless you have been notified that you have previously given an incorrect TIN. "Other payments" include payments made in the course of the requester's trade or business for rents, royalties, goods (other than bills for merchandise), medical and health care services (including payments to corporations), payments to a nonemployee for services, payments made in settlement of payment card and third party network transactions, payments to certain fishing boat crew members and fishermen, and gross proceeds paid to attorneys (including payments to corporations).

5. Mortgage interest paid by you, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, qualified tuition program payments (under section 529), ABLE accounts (under section 529A), IRA, Coverdell ESA, Archer MSA or HSA contributions or distributions, and pension distributions. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification.

What Name and Number To Give the Requester

For this type of account:	Give name and SSN of:
1. Individual	The individual
2. Two or more individuals (joint account) other than an account maintained by an FFI	The actual owner of the account or, if combined funds, the first individual on the account[1]
3. Two or more U.S. persons (joint account maintained by an FFI)	Each holder of the account
4. Custodial account of a minor (Uniform Gift to Minors Act)	The minor[2]
5. a. The usual revocable savings trust (grantor is also trustee)	The grantor-trustee[1]
b. So-called trust account that is not a legal or valid trust under state law	The actual owner[1]
6. Sole proprietorship or disregarded entity owned by an individual	The owner[3]
7. Grantor trust filing under Optional Form 1099 Filing Method 1 (see Regulations section 1.671-4(b)(2)(i)(A))	The grantor*
For this type of account:	**Give name and EIN of:**
8. Disregarded entity not owned by an individual	The owner
9. A valid trust, estate, or pension trust	Legal entity[4]
10. Corporation or LLC electing corporate status on Form 8832 or Form 2553	The corporation
11. Association, club, religious, charitable, educational, or other tax-exempt organization	The organization
12. Partnership or multi-member LLC	The partnership
13. A broker or registered nominee	The broker or nominee
14. Account with the Department of Agriculture in the name of a public entity (such as a state or local government, school district, or prison) that receives agricultural program payments	The public entity
15. Grantor trust filing under the Form 1041 Filing Method or the Optional Form 1099 Filing Method 2 (see Regulations section 1.671-4(b)(2)(i)(B))	The trust

[1] List first and circle the name of the person whose number you furnish. If only one person on a joint account has an SSN, that person's number must be furnished.

[2] Circle the minor's name and furnish the minor's SSN.

[3] You must show your individual name and you may also enter your business or DBA name on the "Business name/disregarded entity" name line. You may use either your SSN or EIN (if you have one), but the IRS encourages you to use your SSN.

[4] List first and circle the name of the trust, estate, or pension trust. (Do not furnish the TIN of the personal representative or trustee unless the legal entity itself is not designated in the account title.) Also see *Special rules for partnerships,* earlier.

***Note:** The grantor also must provide a Form W-9 to trustee of trust.

Note: If no name is circled when more than one name is listed, the number will be considered to be that of the first name listed.

Secure Your Tax Records From Identity Theft

Identity theft occurs when someone uses your personal information such as your name, SSN, or other identifying information, without your permission, to commit fraud or other crimes. An identity thief may use your SSN to get a job or may file a tax return using your SSN to receive a refund.

To reduce your risk:

- Protect your SSN,
- Ensure your employer is protecting your SSN, and
- Be careful when choosing a tax preparer.

If your tax records are affected by identity theft and you receive a notice from the IRS, respond right away to the name and phone number printed on the IRS notice or letter.

If your tax records are not currently affected by identity theft but you think you are at risk due to a lost or stolen purse or wallet, questionable credit card activity or credit report, contact the IRS Identity Theft Hotline at 1-800-908-4490 or submit Form 14039.

For more information, see Pub. 5027, Identity Theft Information for Taxpayers.

Victims of identity theft who are experiencing economic harm or a systemic problem, or are seeking help in resolving tax problems that have not been resolved through normal channels, may be eligible for Taxpayer Advocate Service (TAS) assistance. You can reach TAS by calling the TAS toll-free case intake line at 1-877-777-4778 or TTY/TDD 1-800-829-4059.

Protect yourself from suspicious emails or phishing schemes. Phishing is the creation and use of email and websites designed to mimic legitimate business emails and websites. The most common act is sending an email to a user falsely claiming to be an established legitimate enterprise in an attempt to scam the user into surrendering private information that will be used for identity theft.

The IRS does not initiate contacts with taxpayers via emails. Also, the IRS does not request personal detailed information through email or ask taxpayers for the PIN numbers, passwords, or similar secret access information for their credit card, bank, or other financial accounts.

If you receive an unsolicited email claiming to be from the IRS, forward this message to *phishing@irs.gov.* You may also report misuse of the IRS name, logo, or other IRS property to the Treasury Inspector General for Tax Administration (TIGTA) at 1-800-366-4484. You can forward suspicious emails to the Federal Trade Commission at *spam@uce.gov* or report them at *www.ftc.gov/complaint.* You can contact the FTC at *www.ftc.gov/idtheft* or 877-IDTHEFT (877-438-4338). If you have been the victim of identity theft, see *www.IdentityTheft.gov* and Pub. 5027.

Visit *www.irs.gov/IdentityTheft* to learn more about identity theft and how to reduce your risk.

Privacy Act Notice

Section 6109 of the Internal Revenue Code requires you to provide your correct TIN to persons (including federal agencies) who are required to file information returns with the IRS to report interest, dividends, or certain other income paid to you; mortgage interest you paid; the acquisition or abandonment of secured property; the cancellation of debt; or contributions you made to an IRA, Archer MSA, or HSA. The person collecting this form uses the information on the form to file information returns with the IRS, reporting the above information. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation and to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their laws. The information also may be disclosed to other countries under a treaty, to federal and state agencies to enforce civil and criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism. You must provide your TIN whether or not you are required to file a tax return. Under section 3406, payers must generally withhold a percentage of taxable interest, dividend, and certain other payments to a payee who does not give a TIN to the payer. Certain penalties may also apply for providing false or fraudulent information.

QUESTIONARIO SULLA SALUTE CHE DEVE ESSERE COMPILATO DALL'ASSICURATO PER L'APPLICAZIONE DELLA GARANZIA DECESSO COMPLEMENTARE

Ai fini dell'accettazione della proposta assicurativa e della conseguente conclusione del Contratto, l'Assicurato deve compilare e firmare un questionario sulla salute.
Il tipo di formulario da compilare varia in funzione della Copertura assicurativa caso morte scelta dal Contraente e dalle percentuali dallo stesso selezionate in tale contesto.

Si consiglia pertanto di contattare preventivamente l'Assicuratore o il proprio intermediario assicurativo al fine di determinare quale sia il formulario corretto da compilare e sottoscrivere in funzione delle scelte d'investimento sottostanti al Contratto che si intende concludere e della Copertura assicurativa caso morte che si intende selezionare tra le soluzioni offerte dall'Assicuratore.

Avvertenze

E' di primaria importanza che il presente questionario sia datato e firmato dall'Assicurato.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio effettivo stato di salute.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa alla scadenza del Contratto.

Il Modulo di proposta potrà essere oggetto di esame ed accettazione solo in presenza di un questionario sulla salute integralmente compilato e debitamente datato e firmato.

Questionario sulla salute

Il presente questionario deve essere compilato esclusivamente dall'Assicurato e allegato al Modulo di proposta.
In caso di 2 Assicurati si prega di compilare un questionario per ciascun Assicurato.

	ASSICURATO ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Professione	
Sport e hobby	

Dichiarazioni riguardanti la salute dell'Assicurato

	Si	No	Si
1. Soffre di una qualche patologia o è sottoposto ad un trattamento medico? (*)	☐	☐	Quale ?
2. Si trova attualmente in stato di incapacità di lavoro completa o parziale?	☐	☐	Da quando ? Motivo ?
3. Nel corso degli ultimi cinque anni ha:			
a. sofferto di una patologia medica grave? (*)	☐	☐	Data e definizione
b. dovuto interrompere l'attività professionale per più di 30 giorni in seguito ad una malattia?	☐	☐	Data e motivo:
c. subito un intervento chirurgico o un ricovero ospedaliero?	☐	☐	Data e motivo:
4. Prende regolarmente dei medicinali?	☐	☐	Quali e perchè:
5. Peso? Altezza?			_____ kg _____ cm
6. Qual è la sua consumazione giornaliera di:			
- bevande alcoliche (vino, birra, alcool)	☐	☐	Quantità ? _____ al giorno
- tabacco	☐	☐	Quantità ? _____ al giorno
7. Si è mai sottoposto ad un test per l'HIV?	☐	☐	Data e risultato:

(*) Per affezione medica grave, s'intende: affezione psichica o del sistema nervoso, affezione delle vie respiratorie, dell'apparato cardiovascolare, dell'apparato digerente, dell'apparato genito-urinario, degli organi dei sensi, della pelle e/o delle ossa, delle articolazioni o della schiena.

L'accettazione del Modulo di proposta da parte dell'Assicuratore dipende dalle risposte fornite dall'Assicurato con il presente questionario. Indipendentemente dalle risposte fornite dall'Assicurato, l'Assicuratore si riserva il diritto di subordinare l'accettazione del Modulo di proposta al risultato favorevole di un esame medico effettuato da un medico designato o autorizzato dall'Assicuratore stesso o alla ricezione di un questionario sulla salute più dettagliato.

Con la sottoscrizione del Modulo di proposta e del presente questionario e conformemente alla legislazione in vigore in merito alla protezione e al trattamento dei dati a carattere personale, l'Assicurato autorizza l'Assicuratore a registrare e a trattare tutti i dati a carattere personale che lo riguardano di cui esso dispone e di cui disporrà in futuro, ivi compresi i dati relativi al suo stato di salute.

Questi dati sono necessari all'Assicuratore per la valutazione dei rischi, per la preparazione, la gestione e l'esecuzione dei contratti d'assicurazione, per la liquidazione di eventuali sinistri e per prevenire ogni sorta di frode.

In particolare, questi dati sono necessari all'Assicuratore per valutare il rischio della Copertura assicurativa caso morte, l'accettazione o il rifiuto del Modulo di proposta o la necessità di subordinare gli stessi ad una richiesta d'informazioni supplementari.

L'Assicuratore è legittimato a comunicare i dati a carattere personale ad altri assicuratori, riassicuratori, medici - consulenti o ad organismi ai quali la compagnia d'assicurazione è legalmente tenuta a comunicare tali dati nel fermo rispetto del segreto professionale.

L'Assicuratore informa l'Assicurato del suo diritto di ottenere gratuitamente e in qualsiasi momento la comunicazione di questi dati personali e domandarne la rettifica conformemente alla legislazione vigente. Tale diritto d'accesso e rettifica può essere esercitato in qualsiasi momento presso la sede dell'Assicuratore. L'Assicurato ha altresì il diritto di non rilasciare il consenso all'utilizzo dei propri dati personali per finalità commerciali e di marketing, tramite selezione dell'apposita opzione presente nel Modulo di proposta.

I dati a carattere personale sono conservati dall'Assicuratore secondo le modalità e i termini prescritti dalla legislazione applicabile al Contratto.

L'Assicurato conferma l'esattezza e veridicità delle risposte fornite nel presente questionario.

Tramite la sottoscrizione del Modulo di proposta e del presente questionario, l'Assicurato autorizza l'Assicuratore al trattamento, alla comunicazione ed al trasferimento all'estero di tutti i propri dati a carattere personale, ivi compresi quelli relativi al suo stato di salute, e acconsente sin d'ora a che il proprio medico o altro soggetto competente trasmetta all'Assicuratore un certificato di morte attestante la causa del proprio decesso.

La firma dell'Assicurato deve essere preceduta dalla menzione manoscritta "Letto ed approvato".

Fatto a _____ , il _____

Firma dell'Assicurato

(n° modulo di proposta)

VITISLIFE
inspired wealth insurance

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DETTAGLIATO

	ASSICURATO ☐ Sig. ☐ Sig.ra
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Professione	
Sport e hobby	

Avvertenze

E' di primaria importanza che il presente questionario sia datato e firmato dall'Assicurato.

Prima della sottoscrizione del questionario sanitario, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio 'effettivo stato di salute.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa alla scadenza del contratto.

Il Modulo di proposta potrà fare oggetto di esame ed accettazione solo in presenza di un questionario salute integralmente compilato e debitamente datato e firmato.

Visita medica

Medico: _____ Data: _____

Luogo _____ Ore _____

Oltre all'esame clinico, si prega di effettuare anche i seguenti esami:

- ☐ analisi di laboratorio dell'urina: albumina, zucchero e microscopia
- ☐ analisi di laboratorio del sangue: emocromo con formula leucocitaria, VES, Colesterolo totale e HDL,LDL, Trigliceridi, Transaminasi GOT, GPT, GGT, Bilirubina totale, Acido Urico, Urea, Creatinina, Glicemia, HbA1c, Epatite B sierologia e epatite C sierologia, Alfa-feto proteina (AFP), glicemia a digiuno, test degli anticorpi HIV (1-2), HBeAg, HBsAg
- ☐ ECG (a riposo - sotto sforzo)

1. MISURE

a. Altezza _____ cm

b. Peso _____ kg

c. Perimetro del torace _ cm in inspirazione

_____ cm in espirazione

d. Circonferenza dell'addome _____ cm

2. ABITUDINI

	No	Si	COMMENTI
a. Le attività o abitudini della persona da assicurare possono avere un effetto negativo sulla sua salute?	☐	☐	Quali? _____
b. Constata segni di abuso d'alcol, di tabacco o di farmaci, uso di stupefacenti?	☐	☐	Quali? _____

3. ORGANI ENDOCRINI E METABOLICI

Il suo esame fa emergere qualche anomalia?	☐	☐	Quale? _____

4. PSICHIATRA

Si riscontrano dei disturbi della personalità o degli indici che possono far suppore un disturbo psichico?	☐	☐	Quali? _____

5. SISTEMA NERVOSO E MUSCOLARE

Si notano sintomi che fanno supporre una malattia del sistema nervoso o miopatia?	☐	☐	Quali? _____

6. SENSI

	No	Si	COMMENTI
a. Si riscontra una malattia dell'apparato uditivo?	☐	☐	Quale? _____
b. Si riscontra una riduzione dell'acutezza visiva?			D: _____ S: _____ Grado _____ D: _____ S: _____
c. Si riscontra una malattia degli occhi?	☐	☐	Quale? _____
È necessaria una correzione?	☐	☐	Prima della correzione OD: _____ OS: _____ dopo la correzione OD: _____ con _____ diottrie dopo la correzione OS: _____ con _____ diottrie

7. CUORE E CIRCOLAZIONE

a. Disturbi del ritmo cardiaco? ☐ ☐ Quali? _____

b. I battiti cardiaci sono anormali (raddoppio, galoppo, ecc…)? ☐ ☐ Intensità: _____

c. Ha avvertito un soffio al cuore? ☐ ☐
Sistolica: dove? _____
Intensità? _____
Diastolica: dove? _____
Intensità? _____

Come si diffonde? _____

d. Si tratta di un soffio fisiologico? ☐ ☐ Diagnostica: _____

e. Si riscontra una anomalia del polso arterioso radiale, carotideo, femorale, tibiale posteriore o pedidio? ☐ ☐
Dove? _____
☐ a destra ☐ a sinistra
Causa: _____
In quale misura? _____

f. Disturbi del sistema venoso, edema, disturbi trofici? ☐ ☐
Quali? _____
In quale misura? _____
☐ Non trattato
☐ Trattato dal _____

Pressione arteriosa? Sistolica: _____
Diastolica: _____

Frequenza del polso ____ / minuto

Se la frequenza è inferiore a 60 si prega di effetuare una misurazione dopo sforzo.

Controllo eventuale:

Sistolica: _____

Diastolica: _____

Polso: _____ / minuto

Risultato: _____

Se i valori della pressione sanguigna sono superiori a 15/9 o la frequenza del polso è superiore a 90, si prega di effettuare un controllo alla fine della visita dopo un periodo di riposo.

8. APPARATO RESPIRATORIO	No	Si	COMMENTI
Il suo esame fa emergere qualche anomalia?	☐	☐	Quale? _____

9. APPARATO DIGERENTE

a. La lingua, la faringe o le tonsille hanno un aspetto patologico? ☐ ☐ Quale? _____

b. La palpazione dell'addome rileva uno stato patologico? ☐ ☐ Quale? _____

	☐	☐	Di quanti centimetri? _____
c. Il fegato o la milza è ingrandito(a)?			causa: _____
d. E' presente un ernia, un laparocele?	☐	☐	Dove? Bilaterale ☐ no ☐ si

10. APPARATO URGO-GENITALE

a. Esame dell'urina:	Albumina	☐	☐	Dosaggio eventuale: ____ g/l
	Zucchero	☐	☐	Dosaggio eventuale: ____ g/l
	Sangue	☐	☐	_____
	Materiale Purulento	☐	☐	_____
b. Si riscontrano indici di una malattia degli organi genitali o del seno?				Quali? _____

11. PELLE

Si riscontra una malattia della pelle e dei tessuti connessi (peli e capelli, unghie, ghiandole sudorifere…)?	☐	☐	Quali? _____

12. LINFONODI

I linfonodi sono aumentati di volume?	☐	☐	Dove? _____
			causa: _____

13. OSSA, ARTICOLAZIONI E TESSUTI CONNETTIVI

a. Riscontra delle malformazioni o delle anomalie dello scheletro? (disturbi dello sviluppo, divergenze dell'asse all'altezza degli arti, divergenze all'altezza della colonna vertebrale: cifosi, scoliosi, lordosi, basculamento del bacino,…)	☐	☐	Quali? _____
b. Si riscontra la presenza di cicatrici, contratture, o di materiale di osteosintesi?	☐	☐	Quali? _____
c. Ha riscontrato delle anomalie al momento dell'esame funzionale? (diminuzione della forza o della mobilità, lassità legamentosa, asimmetrie, …)	☐	☐	Quali? _____
in particolare all'altezza della colonna vertebrale? (dolore alla percussione della colonna vertebrale, segno di Lasègue o Schöber anormale,…)			Quali? _____

14. CONCLUSIONE

Esiste secondo lei un rischio più elevato:

a. di decesso prematuro	☐	☐	
b. d'incapacità di lavoro totale o parziale, temporaneo o definitivo?	☐	☐	

! Importante: la Compagnia invita il medico ad astenersi, in presenza dell'assicurando, da qualsiasi osservazione che possa pregiudicare la decisione dell'assicuratore.

Il medico esaminatore:

Nome: _____

Indirizzo: _____

_____

_____

_____

Fatto a _____ , il _____

Timbro e firma

SCELTA DI UNA BANCA DEPOSITARIA CON SEDE LEGALE FUORI DALLO SPAZIO ECONOMICO EUROPEO

- Il Contraente dichiara che la nomina di questa Banca depositaria per la custodia delle attività finanziarie componenti il o i Fondi d'investimento interni dedicati sottostanti al proprio Contratto rappresenta una condizione sostanziale per la conclusione del Contratto con Vitis Life S.A (di seguito "l'Assicuratore").

- Il Contraente dichiara di essere stato informato dall'Assicuratore che le attività finanziarie componenti il o i Fondi d'investimento interni dedicati sottostanti al proprio Contratto saranno di conseguenza depositate presso una Banca Depositaria con sede legale in un paese o in un territorio europeo non facente parte dello Spazio Economico Europeo.

- Il Contraente dichiara di essere stato informato dall'Assicuratore che le procedure di cooperazione tra le autorità di sorveglianza del settore assicurativo, valide sul territorio dell'Unione Europea, non sono operative al di fuori della medesima e che in caso di fallimento, liquidazione o, più genericamente, di problemi di liquidità, della Banca depositaria, i rischi a carico del Contraente saranno maggiori, tenuto conto in particolare che:
  - ✓ il rischio inerente alla scelta della Banca depositaria è unicamente a carico del Contraente, compresi i rischi derivanti da negligenza, frode, fallimento, ecc. della stessa;
  - ✓ il rischio di eventuali difficoltà o dell'impossibilità da parte dell'autorità di controllo lussemburghese (*Commissariat aux Assurances*) all'esecuzione di misure di congelamento del conto é esclusivamente a carico del Contraente;
  - ✓ il rischio di eventuali difficoltà o dell'impossibilità per il Contraente di ottenere il rimborso coattivo del proprio credito tramite una procedura esecutiva sugli attivi finanziari che comporranno il o i Fondi d'investimento interni depositati presso la banca avente sede legale fuori dallo Spazio Economico Europeo, promossa in applicazione di disposizioni legali, giudiziarie o amministrative, è esclusivamente a carico del Contraente.

- Il Contraente dichiara di essere stato informato dall'Assicuratore della possibilità di richiedere, durante tutta la durata del Contratto, il cambiamento della Banca depositaria, qualora tale Contratto abbia quali Proposte d'investimento sottostanti Fondi d'investimento interni dedicati. In quest'eventualità, l'Assicuratore provvederà a depositare il Fondo d'investimento interno dedicato in una nuova Banca depositaria, scegliendo tra gli istituti bancari con i quali ha già concluso una convenzione di deposito.

Fatto a _____ , il ___ / ____ / ___

Firma Contraente 1	Firma Contraente 2