



Numero del contratto : _____

Nome del contraente : _____

Nome del pagatore del premio : _____

1. INFORMAZIONE SULL'ATTIVITÀ ATTUALE?

Quale professione (posizione esatta nella società) esercita principalmente e da quando?

Attività: _____ da quanto: _____

Indipendente Dipendente in pensione

Nome e recapito della società/sede sociale?

Settore della società:

Si tratta della Sua principale fonte di reddito?

Sì No

(se „No“, si prega di fornire i dettagli della fonte principale di reddito)

2. INFORMAZIONI DELLO SCOPO DELL'ASSICURAZIONE:

Protezione di un credito (copia del contratto di credito deve essere allegata)

Previdenza per la vecchiaia (eventualmente avviso cassa pensione/allegare estratto conto individuale, analisi pagamento della pensione)

Altri (per favore specificare)

3. INFORMAZIONI SU ALTRE ASSICURAZIONI:

Siete già in possesso con altre assicurazioni di una o più polizze vita oppure rendite vitalizie?

Sì No

(se „Sì“, si prega di fornire dettagli):

Società	Anno della conclusione	Somma assicurata in caso di decesso	Rendita annuale in caso di invalidità	Durata Inizio / Fine	Premio annuale



LiechtensteinLife

4. INFORMAZIONI SUL REDDITO

Qual era il Suo reddito lordo annuo negli ultimi 3 anni? (eventualmente allegare dichiarazioni del salario, dichiarazioni dei redditi, bilanci)

Anno	Reddito brutto	Moneta (CHF/EUR)

Le prove di cui sopra devono essere allegate se uno di questi si applicano:

- il premio annuale di tutte le assicurazioni vita supera CHF 10.000,-- oppure € 7.500,--
- la somme dei premi di tutte le assicurazioni vita supera CHF 1.000.000,-- oppure € 750.000,--

5. ULTERIORI INFORMAZIONI

Lei è consapevole che l'assicurazione sulla vita costituisce un investimento a lungo termine e solo con una durata relativamente lunga può portare a risultati interessanti?

Sì No

Lei prevede di essere in grado di sostenere a lungo termine i premi concordati?

Sì No

6. INFORMAZIONI SULLA PROVENIENZA DEL DENARO

I fondi destinati al premio assicurativo derivano dalla suddetta attività/fonte?

Sì No

(se „No“ si prega di fornire dettagli sulla provenienza del denaro):

Le seguenti domande riguardano la pensione in caso d'inabilità al lavoro

7. INFORMAZIONI SULLA PENSIONE IN CASO D'INABILITÀ AL LAVORO

Nel caso di una pensione d'invalidità anticipata riceverete prestazioni assicurative (senza valutare l'assicurazione attuale)?

Sì No

(se „Sì“ si prega di fornire dettagli):

Società	Durata Inizio/Fine	Pensione mensile	Moneta CHF/EUR



LiechtensteinLife

In caso di prematura disabilità o invalidità Vi si aspettano altri servizi dalla:

Previdenza sociale:	mensile	<input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> EUR	_____
Previdenza professionale:	mensile	<input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> EUR	_____
Altre fonti:	mensile	<input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> EUR	_____

Se la pensione in caso d'inabilità al lavoro applicata, compresa l'assicurazione esistente, supera un valore di CHF 38'000 all'anno, si prega di specificare il vostro rispettivo reddito lordo annuale degli ultimi 3 anni (eventualmente allegare dichiarazioni del salario, dichiarazioni dei redditi, bilanci).

Anno	Reddito lordo	Moneta (CHF/EUR)

Il contraente così come ovvero il pagatore del premio confermano con la propria firma l'esattezza e completezza dei suddetti dati. Il contraente ovvero il pagatore del premio confermano con la propria firma che i premi da versare derivano da fondi regolarmente dichiarati fiscalmente e saranno dichiarati regolarmente nel corso della durata contrattuale. Ogni modifica dovrà essere comunicata a Liechtenstein Life Assurance AG per propria iniziativa, per iscritto ed in tempi ragionevoli. La relazione d'affari si considererà instaurata soltanto nel momento in cui tutti i documenti e dati richiesti saranno stati verificati e considerati completi e plausibili da parte di Liechtenstein Life Assurance AG.

_____	_____	_____
Luogo, Data	Firma del pagatore del premio	Firma del contraente

SOLO AD USO INTERNO:

Pratica plausibile?

Sì No

se „No“ ulteriori azioni / chiarimenti / Voto:

Visto: _____	_____
Luogo, Data	Firma