

# Modulo Terzo Pagatore

## A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si prega di selezionare l'opzione desiderata

Il presente Modulo Terzo Pagatore si riferisce a:

<input type="checkbox"/>	Modulo di Proposta intestato a .....	del	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Modulo per il Pagamento di Premi Aggiuntivi sul Contratto n. ....				
<input type="checkbox"/>	Contratto n. ....				

## B. INFORMAZIONI SUL TERZO PAGATORE

Se il pagamento del Premio proviene da un conto corrente non intestato all'(agli) Investitore(i)-Contraente(i), fornire i dettagli della persona dal cui conto corrente proviene in pagamento.

Si prega di notare che Clerical Medical valuterà l'accettabilità di pagamenti conto terzi.

Sig./Sig.ra/altro	Stato civile
Nome(i) (per esteso)	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Cognome	Nazionalità
Indirizzo di residenza	Codice fiscale
CAP Paese di residenza	Carta d'identità <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/>
Telefono	Numero documento:
Data di nascita	Data di rilascio/rinnovo:
Luogo di nascita	Ente
	Se diverso dalla Residenza, specificare il domicilio fiscale (il centro dei propri interessi sociali, familiari ed economici).

Dettagli dell' occupazione e delle mansioni (non qualifica professionale)	Indicare la ragione del pagamento del(i) Premio(i) tramite conto terzi:
Relazione con il Primo Investitore-Contraente	
Relazione con il Secondo Investitore-Contraente	

Il Terzo Pagatore interviene: <input type="checkbox"/> Nei successivi versamenti tramite addebito diretto SEPA <input type="checkbox"/> In un solo versamento <input type="checkbox"/> In tutti i versamenti	Firma del Terzo Pagatore
---	--------------------------

Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

