

MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE DEI BENEFICIARI PERSONE FISICHE

AGENZIA GENERALE DI

in lettere _____

in codice _____

Ispettorato Agenziale _____

/ Settore _____

/ Zona _____

- Allegato alla Domanda di Liquidazione della Polizza n. _____
- Allegato alla Richiesta di variazione alla Polizza n. _____
- Allegato alla Proposta di emissione nuovo contratto n. _____
- Da abbinare alla polizza n. _____ (per tutti gli altri casi)

BENEFICIARI IDENTIFICATI CON IL PRESENTE MODULO

PREMORIENZA

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

SCADENZA

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____

Avvertenza: con il presente modulo è possibile solamente identificare i Beneficiari. Per la richiesta di variazione del beneficio è necessario compilare l'apposito modulo "Richiesta di variazione" (19/01).

BENEFICIARI - PERSONA FISICA

BENEFICIARIO 1 Se Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento: SI, la comunicazione NON sarà inviata

Tipo Beneficiario: Scadenza Premorienza Scadenza e Premorienza

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

M F Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

Documento: Carta d'identità Passaporto Patente Altro N° _____ Data rilascio _____

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Paese attività economica prevalente (se diverso da Italia) _____ Provincia attività economica prevalente (se diversa da residenza) _____

Persona politicamente esposta: Sì No **Professione** _____ **Settore professionale** _____

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? Sì No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: Amministratore locale Ruolo apicale in pubblica amministrazione Ruolo apicale in consorzi pubblici

Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica Altro (specificare) _____

Paese Sede Legale Ente (da compilare se carica ricoperta diversa da Altro) _____

Paese di destinazione delle somme: Italia Altro _____

Rapporto con il Contraente: Parentela Affinità Coniugio Convivenza di fatto o di unione civile Relazione amicale Rapporti di lavoro/affari

Beneficiaria/liberalità (opzione possibile solo per Beneficiario ente o associazione no profit) Altro (specificare) _____

Dichiarazioni U.S. Person/Residenza Fiscale fuori dall'Italia (Common Reporting Standard) del Beneficiario:

U.S. Person: No Sì (compilare modulo W-9) **CRS:** No Sì

Codice GIIN (Codice Fiscale Identificativo estero) se disponibile: _____

In caso di CRS Sì, indicare:

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Coordinate bancarie per i pagamenti mediante bonifico (L'Intestatario del c/c deve coincidere con il Beneficiario):

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Codice Paese CIN IBAN ABI CAB Numero di conto corrente BIC/SWIFT

Conto cointestato: Sì No Rifiuto

Se conto cointestato, specificare i cointestatari del conto (fino ad un massimo di 3): ** In caso di cointestatario Persona Fisica ** In caso di cointestatario Persona Giuridica*

Cointestatario 1: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatario 2: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatario 3: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Data _____ Firma del Beneficiario 1 (leggibile) _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 22 DEL D.LGS 231/2007 E S.M.I.

Dopo aver preso visione dell'Informativa riportata sul presente modulo, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente modulo corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del Titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 1 (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

Preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali,

• con riferimento al trattamento dei dati personali per fini precontrattuali e contrattuali

Prendo atto che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Alleanza Assicurazioni S.p.A. tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti precontrattuali e contrattuali come previsti dalla normativa in vigore.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

• con riferimento al trattamento dei dati personali per erogazione del servizio FEA

Firmando autorizzo inoltre Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati biometrici per la finalità di usufruire dei servizi di firma elettronica avanzata.

• con riferimento al trattamento dei dati per fini commerciali e di profilazione

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A., a trattare i miei dati per presentare prodotti e servizi della Compagnia e prodotti e servizi non assicurativi di altre società anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (posta cartacea ed elettronica, chiamate con o senza operatore, fax, sms, mms, e altre tecniche di comunicazione a distanza, messaggi tramite social media od applicazioni web) Sì No

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i dati personali per l'analisi dei comportamenti, scelte e modalità d'uso dei servizi e l'individuazione, anche attraverso elaborazioni elettroniche, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta Sì No

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 1 (leggibile) _____

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati contenuti nel presente modulo e di aver identificato di persona il Dichiarante, secondo quanto disposto dall'Art. 17 e seguenti del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Firma dell'Incaricato (leggibile) _____

Dichiaro di aver verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nel presente modulo e attesto che lo stesso risulta compilato e sottoscritto in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali.

Firma dell'Agente Generale (leggibile) _____

BENEFICIARI - PERSONA FISICA

BENEFICIARIO 2 Se Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento: SÌ, la comunicazione NON sarà inviata

Tipo Beneficiario: Scadenza Premorienza Scadenza e Premorienza

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

M F Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

Documento: Carta d'identità Passaporto Patente Altro N° _____ Data rilascio _____

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Paese attività economica prevalente (se diverso da Italia) _____ Provincia attività economica prevalente (se diversa da residenza) _____

Persona politicamente esposta: Sì No **Professione** _____ **Settore professionale** _____

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? Sì No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: Amministratore locale

Ruolo apicale in pubblica amministrazione

Ruolo apicale in consorzi pubblici

Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica

Altro (specificare) _____

Paese Sede Legale Ente (da compilare se carica ricoperta diversa da Altro) _____

Paese di destinazione delle somme: Italia Altro _____

Rapporto con il Contraente: Parentela Affinità Coniugio Convivenza di fatto o di unione civile Relazione amicale Rapporti di lavoro/affari

Beneficenza/liberalità (opzione possibile solo per Beneficiario ente o associazione no profit) Altro (specificare) _____

Dichiarazioni U.S. Person/Residenza Fiscale fuori dall'Italia (Common Reporting Standard) del Beneficiario:

U.S. Person: No Sì (compilare modulo W-9)

CRS: No Sì

Codice GIIN (Codice Fiscale Identificativo estero) se disponibile: _____

In caso di CRS Sì, indicare:

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Coordinate bancarie per i pagamenti mediante bonifico (L'Intestatario del c/c deve coincidere con il Beneficiario):

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Conto cointestato: Sì No Rifiuto

Se conto cointestato, specificare i cointestatarî del conto (fino ad un massimo di 3):

* In caso di cointestatarî Persona Fisica ** In caso di cointestatarî Persona Giuridica

Cointestatarî 1: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatarî 2: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatarî 3: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Data _____

Firma del Beneficiario 2 (leggibile) _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 22 DEL D.LGS 231/2007 E S.M.I.

Dopo aver preso visione dell'Informativa riportata sul presente modulo, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente modulo corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del Titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

Data _____

Luogo _____

Firma del Beneficiario 2 (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

Preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali,

• con riferimento al trattamento dei dati personali per fini precontrattuali e contrattuali

Prendo atto che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Alleanza Assicurazioni S.p.A. tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti precontrattuali e contrattuali come previsti dalla normativa in vigore.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

• con riferimento al trattamento dei dati personali per erogazione del servizio FEA

Firmando autorizzo inoltre Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati biometrici per la finalità di usufruire dei servizi di firma elettronica avanzata.

• con riferimento al trattamento dei dati per fini commerciali e di profilazione

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A., a trattare i miei dati per presentare prodotti e servizi della Compagnia e prodotti e servizi non assicurativi di altre società anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (posta cartacea ed elettronica, chiamate con o senza operatore, fax, sms, mms, e altre tecniche di comunicazione a distanza, messaggi tramite social media od applicazioni web)

Sì No

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i dati personali per l'analisi dei comportamenti, scelte e modalità d'uso dei servizi e l'individuazione, anche attraverso elaborazioni elettroniche, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta

Sì No

Data _____

Luogo _____

Firma del Beneficiario 2 (leggibile) _____

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati contenuti nel presente modulo e di aver identificato di persona il Dichiarante, secondo quanto disposto dall'Art. 17 e seguenti del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Firma dell'Incaricato (leggibile) _____

Dichiaro di aver verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nel presente modulo e attesto che lo stesso risulta compilato e sottoscritto in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali.

Firma dell'Agente Generale (leggibile) _____

BENEFICIARI - PERSONA FISICA

BENEFICIARIO 3 Se Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento: SI, la comunicazione NON sarà inviata

Tipo Beneficiario: Scadenza Premorienza Scadenza e Premorienza

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

M F Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

Documento: Carta d'identità Passaporto Patente Altro N° _____ Data rilascio _____

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Paese attività economica prevalente (se diverso da Italia) _____ Provincia attività economica prevalente (se diversa da residenza) _____

Persona politicamente esposta: Sì No **Professione** _____ **Settore professionale** _____

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? Sì No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: Amministratore locale Ruolo apicale in pubblica amministrazione Ruolo apicale in consorzi pubblici

Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica Altro (specificare) _____

Paese Sede Legale Ente (da compilare se carica ricoperta diversa da Altro) _____

Paese di destinazione delle somme: Italia Altro _____

Rapporto con il Contraente: Parentela Affinità Coniugio Convivenza di fatto o di unione civile Relazione amicale Rapporti di lavoro/affari

Beneficenza/liberalità (opzione possibile solo per Beneficiario ente o associazione no profit) Altro (specificare) _____

Dichiarazioni U.S. Person/Residenza Fiscale fuori dall'Italia (Common Reporting Standard) del Beneficiario:

U.S. Person: No Sì (compilare modulo W-9) **CRS:** No Sì

Codice GIIN (Codice Fiscale Identificativo estero) se disponibile: _____

In caso di CRS Sì, indicare:

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Coordinate bancarie per i pagamenti mediante bonifico (L'Intestatario del c/c deve coincidere con il Beneficiario):

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Codice Paese CIN IBAN ABI CAB Numero di conto corrente BIC/SWIFT

Conto cointestato: Sì No Rifiuto

Se conto cointestato, specificare i cointestatarî del conto (fino ad un massimo di 3): ** In caso di cointestatarî Persona Fisica ** In caso di cointestatarî Persona Giuridica*

Cointestatarî 1: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatarî 2: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatarî 3: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Data _____ Firma del Beneficiario 3 (leggibile) _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 22 DEL D.LGS 231/2007 E S.M.I.

Dopo aver preso visione dell'Informativa riportata sul presente modulo, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente modulo corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del Titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 3 (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

Preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali,

• con riferimento al trattamento dei dati personali per fini precontrattuali e contrattuali

Prendo atto che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Alleanza Assicurazioni S.p.A. tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti precontrattuali e contrattuali come previsti dalla normativa in vigore.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

• con riferimento al trattamento dei dati personali per erogazione del servizio FEA

Firmando autorizzo inoltre Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati biometrici per la finalità di usufruire dei servizi di firma elettronica avanzata.

• con riferimento al trattamento dei dati per fini commerciali e di profilazione

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A., a trattare i miei dati per presentare prodotti e servizi della Compagnia e prodotti e servizi non assicurativi di altre società anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (posta cartacea ed elettronica, chiamate con o senza operatore, fax, sms, mms, e altre tecniche di comunicazione a distanza, messaggi tramite social media od applicazioni web) Sì No

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i dati personali per l'analisi dei comportamenti, scelte e modalità d'uso dei servizi e l'individuazione, anche attraverso elaborazioni elettroniche, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta Sì No

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 3 (leggibile) _____

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati contenuti nel presente modulo e di aver identificato di persona il Dichiarante, secondo quanto disposto dall'Art. 17 e seguenti del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Firma dell'Incaricato (leggibile) _____

Dichiaro di aver verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nel presente modulo e attesto che lo stesso risulta compilato e sottoscritto in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali.

Firma dell'Agente Generale (leggibile) _____

BENEFICIARI - PERSONA FISICA

BENEFICIARIO 4 Se Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento: SI, la comunicazione NON sarà inviata

Tipo Beneficiario: Scadenza Premorienza Scadenza e Premorienza

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

M F Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

Documento: Carta d'identità Passaporto Patente Altro N° _____ Data rilascio _____

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Paese (se diverso da Italia) _____ Presso (facoltativo) _____

Paese attività economica prevalente (se diverso da Italia) _____ Provincia attività economica prevalente (se diversa da residenza) _____

Persona politicamente esposta: Sì No **Professione** _____ **Settore professionale** _____

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? Sì No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: Amministratore locale Ruolo apicale in pubblica amministrazione Ruolo apicale in consorzi pubblici

Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica Altro (specificare) _____

Paese Sede Legale Ente (da compilare se carica ricoperta diversa da Altro) _____

Paese di destinazione delle somme: Italia Altro _____

Rapporto con il Contraente: Parentela Affinità Coniugio Convivenza di fatto o di unione civile Relazione amicale Rapporti di lavoro/affari

Beneficiaria/liberalità (opzione possibile solo per Beneficiario ente o associazione no profit) Altro (specificare) _____

Dichiarazioni U.S. Person/Residenza Fiscale fuori dall'Italia (Common Reporting Standard) del Beneficiario:

U.S. Person: No Sì (compilare modulo W-9) **CRS:** No Sì

Codice GIIN (Codice Fiscale Identificativo estero) se disponibile: _____

In caso di CRS Sì, indicare:

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Nazione _____ Cod. id. fiscale _____ Data inizio effetto _____ Data fine effetto _____

Coordinate bancarie per i pagamenti mediante bonifico (L'Intestatario del c/c deve coincidere con il Beneficiario):

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Codice Paese CIN IBAN ABI CAB Numero di conto corrente BIC/SWIFT

Conto cointestato: Sì No Rifiuto

Se conto cointestato, specificare i cointestatari del conto (fino ad un massimo di 3): ** In caso di cointestatario Persona Fisica ** In caso di cointestatario Persona Giuridica*

Cointestatario 1: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatario 2: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Cointestatario 3: Nome* _____ Cognome*/Ragione sociale** _____

Data di nascita*/fondazione** _____ Luogo di nascita*/fondazione** _____

Provincia di nascita*/fondazione** _____ Nazione di nascita*/fondazione** _____

Data _____ Firma del Beneficiario 4 (leggibile) _____

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 22 DEL D.LGS 231/2007 E S.M.I.

Dopo aver preso visione dell'Informativa riportata sul presente modulo, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente modulo corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del Titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 4 (leggibile) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

Preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali,

• con riferimento al trattamento dei dati personali per fini precontrattuali e contrattuali

Prendo atto che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Alleanza Assicurazioni S.p.A. tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti precontrattuali e contrattuali come previsti dalla normativa in vigore.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

• con riferimento al trattamento dei dati personali per erogazione del servizio FEA

Firmando autorizzo inoltre Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati biometrici per la finalità di usufruire dei servizi di firma elettronica avanzata.

• con riferimento al trattamento dei dati per fini commerciali e di profilazione

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A., a trattare i miei dati per presentare prodotti e servizi della Compagnia e prodotti e servizi non assicurativi di altre società anche mediante tecniche di comunicazione a distanza (posta cartacea ed elettronica, chiamate con o senza operatore, fax, sms, mms, e altre tecniche di comunicazione a distanza, messaggi tramite social media od applicazioni web) Sì No

Autorizzo Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare i dati personali per l'analisi dei comportamenti, scelte e modalità d'uso dei servizi e l'individuazione, anche attraverso elaborazioni elettroniche, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta Sì No

Data _____

Luogo _____ Firma del Beneficiario 4 (leggibile) _____

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati contenuti nel presente modulo e di aver identificato di persona il Dichiarante, secondo quanto disposto dall'Art. 17 e seguenti del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.

Firma dell'Incaricato (leggibile) _____

Dichiaro di aver verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nel presente modulo e attesto che lo stesso risulta compilato e sottoscritto in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali.

Firma dell'Agente Generale (leggibile) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

UTILIZZO DEI DATI A FINI CONTRATTUALI

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi⁽¹⁾ sono trattati da Alleanza Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dell'offerta assicurativa, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, nonché dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo nonché dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative⁽²⁾; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla sua salute; mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Nel caso in cui eventuali consensi dovessero essere revocati, La informiamo che potrà comunque beneficiare dei servizi assicurativi in modalità cartacea.

UTILIZZO DEI DATI PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO FEA

La informiamo inoltre che, qualora aderisca al servizio di firma elettronica avanzata (FEA), la Compagnia tratterà anche i suoi dati biometrici⁽³⁾ sempre per le finalità sopra indicate.

La base giuridica del trattamento dei suoi dati biometrici per l'erogazione del servizio FEA è costituita dal Suo consenso esplicito e facoltativo, senza il quale il trattamento non potrà avere luogo e, di conseguenza, non potrà essere erogato il servizio FEA. Il trattamento dei suoi dati biometrici è dunque finalizzato alla sola erogazione del servizio FEA funzionale a consentirle la firma di documenti e contratti legati a prodotti e servizi assicurativi offerti dalla Compagnia.

Le modalità di trattamento dei dati biometrici sono dettagliate nelle condizioni contrattuali di fornitura del Servizio.

UTILIZZO DEI DATI A FINI COMMERCIALI E DI PROFILAZIONE

La informiamo inoltre che lei può autorizzare la Compagnia a trattare i suoi dati personali da lei forniti e/o acquisiti anche da terzi⁽¹⁾ (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute) per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per comunicare i suoi dati personali a società del Gruppo per la prestazione di servizi non assicurativi;
- 2) per invio di materiale pubblicitario, comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi offerti, mediante le tecniche di comunicazione da Lei indicate, anche relativamente ai prodotti e servizi non assicurativi offerti da altre società;
- 3) per analizzare i prodotti e servizi da Lei richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i suoi comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano (MI), privacy@alleanza.it, o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchessa 14, 31021".

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) **per le finalità contrattuali**, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) **per le finalità commerciali e di profilazione**, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto, a qualsiasi causa dovuta.

COMUNICAZIONE DEI DATI

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE⁽³⁾.

TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa⁽⁴⁾ alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI DELL'INFORMATIVA

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.alleanza.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziarica, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autoforniture, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi/consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante legale (per le persone giuridiche), riportate in questa proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

DICHIARAZIONE US-PERSON DEL CONTRAENTE

La "Dichiarazione US-Person del Contraente" è un'autocertificazione con la quale,

- il Contraente persona fisica, valutando la propria cittadinanza o eventuale residenza fiscale negli Stati Uniti d'America (status di contribuente U.S.A.),
- il Legale rappresentante di Contraente persona giuridica, verificando la sede legale o la presenza di stabili organizzazioni negli Stati Uniti d'America, dichiara che il Contraente non è/è "US-Person" come definito dalla normativa fiscale americana.

In caso di risposta affermativa è necessario allegare il Modello "Form W-9" compilato e sottoscritto.

Il soggetto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione circa lo status fiscale dichiarato.

CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Società è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente/Beneficiario. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Società e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Società si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato. Il soggetto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione. In caso di risposta affermativa al questionario CRS, è necessario allegare la documentazione relativa.

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D.LGS. N° 231 DEL 21 NOVEMBRE 2007 E S.M.I. (ANTIRICICLAGGIO E CONTRASTO AL FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO)

Gentile cliente, le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i. e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere ad Alleanza Assicurazioni di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lgs. 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni.

Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui Alleanza Assicurazioni è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust o nell'istituto giuridico affine attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.
- 5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.
- 5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/2007

Nel presente decreto s'intendono per (...) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari o coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

- 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
- 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
- 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
- 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Art. 24 comma 5, lettera c) e comma 6 del D.lgs. 231/2007

- 5) I soggetti obbligati applicano sempre misure di adeguata verifica rafforzata della clientela in caso di:
- (...)
- c) rapporti continuativi, prestazioni professionali o operazioni con clienti e relativi titolari effettivi che siano persone politicamente esposte, salve le ipotesi in cui le predette persone politicamente esposte agiscono in veste di organi delle pubbliche amministrazioni. In dette ipotesi, i soggetti obbligati adottano misure di adeguata verifica della clientela commisurate al rischio in concreto rilevato, anche tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 23, comma 2, lettera a), n. 2.
- 6) I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

OBBLIGO DI ASTENSIONE

Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/2007

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) (ovvero di identificazione del cliente e del titolare effettivo, verifica dell'identità del cliente, del titolare effettivo e dell'esecutore, acquisizione e valutazione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo o eseguire operazioni e pongono fine al rapporto continuativo già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

SANZIONI PENALI

Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/2007

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI PROFESSIONE

Cod.	Professione	Cod.	Professione	Cod.	Professione	Cod.	Professione
1	Artigiano	7	Infermiere	13	Dirigente	19	Casalinga
2	Commerciante/Esercente	8	Insegnante	14	Funzionario/Quadro	20	Clero e Altri Ministri di Culto
3	Imprenditore Agricolo	9	Medico	15	Impiegato	21	Non Occup./In Cerca di 1ª Occupazione
4	Imprenditore Industriale	10	Militare o Equiparato	16	Magistrato	22	Pensionato
5	Lavoratore Autonomo	11	Collaboratori Coordinati e Continuativi	17	Operaio	23	Soci di Cooperative di Produzione
6	Libero Professionista	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri o Coloni	18	Altre Professioni Dipendenti	24	Studente

Cod.	Settore professionale	Cod.	Settore professionale	Cod.	Settore professionale
01	Agricoltura e allevamento	14	Commercio di antiquariato e oggetti d'arte	27	Riparazione autoveicoli, elettrodomestici ed articoli in cuoio
02	Alimentaristi e pesca	15	Commercio e produzione orologi e preziosi	28	Trasporti
03	Chimici e farmaceutici	16	Commercio altri prodotti	29	Commercialisti, avvocati, notai
04	Meccanica	17	Commercio e produzione di armi	30	Servizi di consulenza (giuslavoristica, fiscale, periti, altri)
05	Auto e strumenti di precisione	18	Supermercati, grandi magazzini	31	Ingegneri, architetti, geometri
06	Siderurgici, energetici, elettrici	19	Pubblica amministrazione (Enti locali, statali, militari)	32	Servizi di noleggio e locazione, servizi di pulizia e nettezza urbana
07	Prodotti in legno, plastica, gomma, strumenti musicali e articoli sportivi	20	Istruzione e ricerca	33	Servizi di custodia e deposito
08	Produzione materiale da costruzione, vetro e ceramica	21	Assicurazioni e istituti di credito	34	Studi fotografici e servizi di pubblicità
09	Tessili	22	Intermediari (commercio)	35	Carta, editoria, spettacolo
10	Prodotti a base di tabacco	23	Servizi professionali e imprenditoriali	36	Telecomunicazioni
11	Edilizia	24	Agenzie immobiliari e porta valori	37	Servizi sanitari, ricreativi, di lavanderia
12	Commercio prodotti alimentari e tabacco	25	Associazioni (servizi sociali, delle organizzazioni professionali, economiche e sindacali)	38	Sala corse e case da gioco
13	Commercio prodotti farmaceutici e cosmetici	26	Turismo e pubblici esercizi	39	Non previsto. Sono ammissibili solo le professioni Codice 19, 20, 21, 22, 24