

DATA INVIO PRECEDENTE MOD. 39/01

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER

(modello valido per TUTTI i prodotti TRANNE Fip Alleata, Pip Alleata Previdenza e Fondo Pensione Aperto AIMeglio)

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> PRESTITO | <input type="checkbox"/> RISCATTO | <input type="checkbox"/> RISCATTO PARZIALE | <input type="checkbox"/> SCADENZA | <input type="checkbox"/> SCAD. CAP. NON RISCATTABILE |
| <input type="checkbox"/> EROGAZIONE RENDITA | <input type="checkbox"/> SINISTRO | <input type="checkbox"/> LESIONI | <input type="checkbox"/> ALTA CHIRURGIA | <input type="checkbox"/> MALATTIE GRAVI EPI/INVALIDITÀ |

Presentata da (Cognome e Nome) _____

 in qualità di: Contraente Legale Rappresentante Beneficiario

della POLIZZA n. _____ ultimo premio pagato (mese/anno) _____

 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 _____ Prof. _____ Settore Prof. _____

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

Comune _____ Prov. _____ Presso (facoltativo) _____

Cell. _____	N° tel. _____	email _____
-------------	---------------	-------------

Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'invio della corrispondenza):

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

Comune _____ Prov. _____ Presso (facoltativo) _____

Settore professionale (vedi tabella allegata) _____ **Professione** (vedi tabella allegata) _____ **Precedente professione** (se pensionato) (vedi tabella allegata) _____

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

Persona politicamente esposta: Sì No

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

 Beneficienza/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 CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE/BENEFICIARIO PERSONA FISICA*
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 _____

* Per le definizioni vedi allegato

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA (A CURA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

Denominazione _____ Data Fondazione _____

N° Registrazione _____ Ente Registrazione _____

ATECO _____ S.A.E. _____ Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo Sede Legale _____ C.A.P. _____

Comune/Paese (se diverso da Italia) _____ Prov. _____

E-mail _____ N° tel. _____

Tipo Soggetto: Ente Persona Giuridica

Tipo Ente: Enti religiosi Trust/Strutture analoghe No Profit Associazione non riconosciuta Altro (vedi tabella)

Forma Giuridica: Ditta Indivi. Sas Snc Srl Sapa Scarl Sdf SpA

Paese Sede Legale della Capogruppo (se diverso da Italia) _____

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

Rapporto con il Contraente: Beneficienza/liberalità Rapporto di lavoro/Affari Altro (specificare) _____

Paesi esteri con cui si intrattengono relazioni commerciali:

Primo paese estero _____ Secondo paese estero _____ Terzo paese estero _____

DICHIARAZIONI U.S. PERSON/RESIDENZA FISCALE FUORI DALL'ITALIA (COMMON REPORTING STANDARD) DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA*

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

Rapporto con il Beneficiario: Rapporto di lavoro/Affari Altro (specificare) _____

DOCUMENTI (DA ALLEGARE) COMPROVANTI I POTERI DI DELEGA/RAPPRESENTANZA DELL'ESECUTORE DI BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Atto notarile Estratto delibera assembleare Statuto/Atto istitutivo Visura camerale

* Per le definizioni vedi allegato

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.LGS. 231/2007 (ANTIRICICLAGGIO E CONTRASTO FINANZIARIO AL TERRORISMO)

Ove il Beneficiario sia un soggetto diverso da Persona Fisica, il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente dichiara quanto segue:

Il Titolare Effettivo coincide con l'Esecutore del Beneficiario Persona Giuridica:

NO SI Se SI compilare esclusivamente la sezione "Ulteriori dati ai fini A.V.C."

DATI DEL 1° TITOLARE EFFETTIVO (DIVERSO DAL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA)

Esistono più Titolari effettivi (compilare specifico modulo)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale

M F Comune di nascita/Paese (se diverso da Italia) _____ Prov. Data di nascita

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

Settore professionale (vedi tabella allegata) Professione (vedi tabella allegata) Precedente professione (se pensionato) (vedi tabella allegata)

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) _____

E-mail _____ Cell. _____ N° tel. (opzionale) _____

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) _____

ULTERIORI DATI AI FINI DELL'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (A.V.C.)

Persona politicamente esposta: Sì No

Rapporto con il Contraente: Parentela* Affinità* Coniugio* Convivenza di fatto o unione civile*

Rapporto di lavoro/Affari Relazione amicale* Altro (specificare) _____

* Valido solo per Persona Fisica

DICHIARAZIONI U.S. PERSON/RESIDENZA FISCALE FUORI DALL'ITALIA (COMMON REPORTING STANDARD) DEL TITOLARE EFFETTIVO DI BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA*

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

* Per le definizioni vedi allegato

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

Dopo aver preso visione dell'Informativa degli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 in calce alla presente Proposta, 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 della presente proposta di polizza assicurativa 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

Firma del Contraente/Legale Rappresentante/Beneficiario Persona Fisica (leggibile) _____

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

Presa 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

Luogo e data _____

Firma del Contraente (leggibile) _____

In caso di Riscatto parziale o di accensione Prestito **importo richiesto: €** _____ **percentuale richiesta (solo per Valore Futuro):** _____ %

Spazio riservato alla liquidazione tramite bonifico bancario

(l'avente diritto al pagamento - CONTRAENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE/BENEFICIARIO PERSONA FISICA - deve coincidere con l'intestatario del c/c)

IBAN SWIFT/BIC (per bonifici esteri)

Intestato a _____

in qualità di: Contraente Legale Rappresentante Beneficiario Persona Fisica

Motivazioni della richiesta (per PRESTITO, RISCATTO e RISCATTO PARZIALE)

Il Richiedente prende atto che, con riferimento alla tabella "Documenti da presentare", la Società si riserva di chiedere ulteriore documentazione che reputi necessaria per valutare la Domanda di liquidazione.

Data _____

Firma del Richiedente _____

L'Incaricato _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE		PRESTITO	RISCATTO	RISCATTO PARZIALE	SCADENZA	SCADENZA CAP. NON RISCATTAB.	EROGAZ. RENDITA	ALTA CHIRURGIA	MALATTIE GRAVI EPI/INVALIDITÀ	SINISTRO	LESIONI
1	decreto del giudice tutelare se l'avente diritto alla liquidazione è minorenne				si	si	si	si		si	si
2	certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o del Beneficiario (per le rendite) ovvero attestazione di esistenza in vita dell'Assicurato (per i capitali non riscattabili)					si	si				
3	certificato anagrafico di morte									si	
4	copia del testamento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento									si	
5	rapporto del medico curante (mod. 21) o causa di morte									si	
6	rapporto del medico curante sulla malattia grave (mod. 21DD) o sull'invalidità								si		
7	cartelle cliniche							si	si	si	
8	richiesta di esercizio del diritto di opzione (reversibilità, conversione capitale in rendita, conversione rendita in capitale, rendita pagabile in modo certo per 5 anni, rendita pagabile in modo certo per 10 anni)				si		si				
9	idonea attestazione comprovante lo stato di invalidità permanente e l'impossibilità di svolgere attività lavorative (non necessario per malattie gravi)								si		
10	documentazione relativa all'intervento chirurgico e alle spese sostenute							si			
IN CASO DI EVENTO ACCIDENTALE											
11	dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente								si	si	
12	eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente								si	si	
13	copia certificato autoptico									si	
14	dinamica e causa infortunio, luogo data, ora e attività svolta al momento dell'evento										si
15	(in caso di fratture o lussazioni) certificato di Pronto Soccorso completo di referto radiografico ed eventuale lettera dimissione ospedaliera										si
16	(per ogni lesione diversa da frattura o lussazione) copia di cartella clinica completa										si

RISERVATO ALLE OPERAZIONI DI RISCATTO DI POLIZZE EMESSE ENTRO IL 31 DICEMBRE 2000 (PARTNER INCLUDE)

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 13-bis lett. f) del D.P.R. 917/1986, nella versione vigente al 31 dicembre 2000 (V.si stralcio riportato a tergo) il sottoscritto dichiara:

A di non aver beneficiato, in sede di denuncia dei redditi, della detrazione fiscale relativa ai premi pagati;

B di aver beneficiato, in sede di denuncia dei redditi, della detrazione fiscale relativamente ai premi pagati nella misura sottoindicata, (specificare l'anno di versamento dei premi ed il corrispondente importo indicato nella successiva dichiarazione dei redditi):

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

che il suo **CODICE FISCALE** è

N.B. La richiesta di riscatto opera l'immediata cessazione della copertura del rischio di morte.

Firma del Contraente _____

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. 15 e seguenti del D.lgs. 231/2007.

Firma dell'Incaricato (leggibile) _____

Dichiaro di avere 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. Dichiaro di autorizzare l'operazione.

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 Marocchesa 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 prescrizione 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 Giudiziaria, 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. Trattati 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, autofficine, 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 outsource, 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, pignoratari, vincolatari; 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.

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 alla Società 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, 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 l'impresa 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 inesecutibile 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. 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, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
4. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano 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 e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi 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 ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07

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 legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di 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 6 del D.Lgs. 231/07

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.

OBLIGO DI ASTENSIONE

Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07

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.

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 questo modello. 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.

CODICE GIIN (GLOBAL INTERMEDIARY IDENTIFICATION NUMBER)

Il campo Codice GIIN identifica i soggetti (persone giuridiche) partecipanti a FATCA ed è un campo alfanumerico di 19 caratteri (Esempio: 98Q96B.00000.LE.250).

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.

TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI

Cod.	Professione	Cod.	Professione	Cod.	Professione	Cod.	Professione
1	Artigiano	7	Infermiere	13	Dirigente	19	Casalanga
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

Cod.	Tipo Ente	Cod.	Tipo Ente	Cod.	Tipo Ente
01	Assicurazione	06	Finanziaria	11	Regione
02	Banca	07	Guardia di finanza	12	S.I.M.
03	Carabinieri	08	Imel	13	Società correlata compagnia
04	Cassa di previdenza	09	Poste	14	Società gestione risparmio - SGR
05	Comune	10	Provincia	15	Vigili del fuoco