

PROPOSTA/POLIZZA. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

TALE PROPOSTA/POLIZZA È PARTE INTEGRANTE DEL SET INFORMATIVO  
QUALORA NON FOSSE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE NON SI POTRÀ PROCEDERE ALL'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Agenzia	Cod. Ag.	Cod. Subag.	Cod. Prod.	Cod. Conv.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Contraente persona fisica**

COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA	CAP PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo di documento: \_\_\_\_\_

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'art. 1 del D.Lgs. 231/2007.

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: \_\_\_\_\_

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TAE



**Contraente diverso da persona fisica o soggetto Ditta individuale**

DENOMINAZIONE

PARTITA IVA  CODICE FISCALE

FORMA GIURIDICA DELLA SOCIETÀ

Se forma giuridica della Società è ONLUS/NO PROFIT, indicare di seguito la classe di beneficiari a cui è dedicata l'attività dell'azienda:

INDIRIZZO SEDE LEGALE  COMUNE  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA  COMUNE  CAP  PROV.  PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)  PRESSO (facoltativo)  LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

DATA COSTITUZIONE  PROVINCIA DI COSTITUZIONE  ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI  NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE  PAESE SEDE LEGALE DEL CAPOGRUPPO

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

PRIMO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

SECONDO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

TERZO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI  ATECO  SAE

**Profilo economico del Contraente**

FASCIA DI REDDITO/FATTURATO ANNUO COMPLESSIVO IN EURO  PATRIMONIO COMPLESSIVO IN EURO

Risultato economico\*:  Utile/Pareggio  Perdita

Numero esercizi in perdita\*:  1  2  3 o oltre

STIMA CONTROVALORE BENI CONFERITI/CAPITALE VERSATO\*: EURO

\* Da compilare con riferimento alla sola persona diversa da persona fisica.





**Dati dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente**

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. legale rappresentante o procuratore).

COGNOME		NOME			SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA		SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipodidocumento: \_\_\_\_\_

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore: \_\_\_\_\_

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore: \_\_\_\_\_

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TAE

**Dati dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)**

COGNOME		NOME			SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA		SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipodidocumento: \_\_\_\_\_

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_



**Caratteristiche contrattuali**Premio Unico €  (min. Euro 5.000,00)

Caricamento applicato: \_\_\_\_\_%

Indicare la Linea prescelta:

- Libera 1
- Libera 2
- Libera 3
- Libera 4
- Linea Guidata Investments Target

Il premio verrà ripartito secondo quanto indicato dal Contraente e convertito in quote di Fondi Interni ed investito nella Gestione Separata.

Il numero di quote assicurate e il capitale investito nella Gestione Separata saranno riportati nel documento di Polizza inviato al Contraente.

**Versamento del premio di perfezionamento**

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore per conto del Contraente) autorizza la Banca ad addebitare l'importo del Premio Unico sopra riportato sul seguente codice IBAN:

intestato a \_\_\_\_\_

e ad accreditarlo sul seguente codice IBAN: \_\_\_\_\_

intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

**Recesso dal contratto**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso Alleanza Assicurazioni S.p.A.. Il recesso ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Alleanza Assicurazioni S.p.A. rimborsa al Contraente il premio versato, al netto dell'imposta di bollo dovuta.

**Valutazione dell'adeguatezza del contratto**

Gentile Contraente, le ricordiamo che le informazioni qui riportate sono state da Lei rilasciate e raccolte dalla Banca prima della valutazione di adeguatezza. Il presente Questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, tutte le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze; la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione dell'adeguatezza da parte dell'Intermediario.

Considerato che il prodotto prevede la possibilità di riscattare dopo 12 mesi, potrei avere la necessità di disinvestire anticipatamente il contratto prima di tale periodo:

- SÌ
- NO



**Beneficiari CASO MORTE - PERSONA FISICA**

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)	PROVINCIA
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) \_\_\_\_\_

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza / sede legale \_\_\_\_\_

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

Il Contraente (se diverso dall'Assicurato)

Gli eredi legittimi dell'Assicurato

In caso di successione testamentaria, per "eredi legittimi" si intendono coloro che sarebbero stati citati in assenza di testamento.

**Beneficiari CASO MORTE diverso da persona fisica**

DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI COSTITUZIONE	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
INDIRIZZO SEDE LEGALE	COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)	NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ENTE DI REGISTRAZIONE	LUOGO DI REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza / sede legale \_\_\_\_\_



**Titolare Effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)**

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO		DENOMINAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

**Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.**

**In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.**

**La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.**

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza / sede legale \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE



**Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni)****Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo**

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Proposta/Polizza (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

Investimento     Risparmio     Protezione

Origine delle somme versate: \_\_\_\_\_

Paese di provenienza delle somme versate: \_\_\_\_\_

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg:  SÌ  NO

**Titolare Effettivo del rapporto continuativo**

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 Euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., in apposito modulo in calce alla presente richiesta.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di Proposta/Polizza denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all'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) riportata nel set informativo.

**Dichiarazione resa dall'Esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e successive modifiche e integrazioni, ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo**

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta - **preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di Proposta/Polizza** - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.



**1° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: \_\_\_\_\_  
(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica): \_\_\_\_\_

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SI, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.





**2° Titolare Effettivo**

 COGNOME  NOME  SESSO 

 COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE 

 CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA 

 INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE 

 INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE 

 Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

 Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio 

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

 Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: \_\_\_\_\_  
 (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

 COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO) 

 PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia) 

 TAE 
**Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):** \_\_\_\_\_

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

 SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

 SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SI, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.



**3° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: \_\_\_\_\_

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica): \_\_\_\_\_

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega al proposito "Form W-9".

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SI, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

**4° Titolare Effettivo**

 COGNOME  NOME  SESSO 

 COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE 

 CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA 

 INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE 

 INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE 

 Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

 Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio 

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) \_\_\_\_\_

 Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: \_\_\_\_\_  
 (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

 COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO) 

 PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia) 

 TAE 

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica): \_\_\_\_\_

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

 SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

 SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SI, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

## Dichiarazioni del Contraente o Esecutore per conto del Contraente

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore per conto del Contraente):

- dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza, il set Informativo che si compone del Documento contenente le informazioni chiave (KID), del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) per prodotti di investimento assicurativo, delle Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni e del Modulo di Proposta/Polizza.
- dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega appositamente "Form W-9".

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act), 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 ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente, riportate nel presente Modulo di Proposta/Polizza. 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.

• dichiara (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____	Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____	Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____	Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
Paese _____	Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

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 Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per soggetti diversi da persone fisiche), riportate nel presente Modulo di Proposta/Polizza. 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. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

- dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informazione sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, informazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta/Polizza di assicurazione 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. **Dichiara**, infine, che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- dichiara di essere stato informato in merito alla valutazione effettuata dal distributore sulla coerenza della presente Proposta/Polizza rispetto alle esigenze assicurative da me manifestate in conformità alle vigenti disposizioni.
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta/Polizza nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- dichiara, in particolare, di aver attentamente letto le Condizioni di Assicurazione riguardanti le prestazioni in quote assicurate e di essere consapevole del fatto che, relativamente a tali prestazioni, l'Impresa di assicurazione non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo e che pertanto il contratto comporta rischi finanziari per il Contraente riconducibili all'andamento del valore delle quote stesse.
- dichiara di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione Prodotto DDBF1 con particolare riferimento alle condizioni di carenza.

X \_\_\_\_\_

Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Il sottoscritto Assicurando dichiara:

- che i dati riportati in Proposta/Polizza sono corretti.
- di prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta/Polizza, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.

X \_\_\_\_\_

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

**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 (1), da Lei forniti o acquisiti da terzi, sono trattati da Alleanza Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza (2);
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (2)
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati; (2)
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative (2);
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito 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 (iv) 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 (v), 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 come previsti dai contratti in essere.

**Utilizzo dei dati per l'erogazione del servizio FEA Grafometrica**

La informiamo che nel caso abbia optato per l'utilizzo del servizio Firma elettronica avanzata (FEA Grafometrica), Le comunichiamo che Alleanza Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, tratterà i Suoi dati biometrici<sup>(3)</sup> per il perfezionamento e la gestione dei contratti assicurativi. La base giuridica del trattamento dei Suoi dati biometrici per l'utilizzo del servizio FEA Grafometrica è costituita dal Suo consenso esplicito e facoltativo, senza il quale il trattamento non potrà avere luogo e, di conseguenza, Lei non potrà utilizzare il servizio FEA Grafometrica. Il trattamento dei Suoi dati biometrici è dunque finalizzato al solo utilizzo del servizio FEA Grafometrica funzionale a consentirle la firma di documenti e contratti legati a prodotti e servizi assicurativi offerti dalla Compagnia. Nel caso non acconsentisse a tale trattamento, potrà comunque beneficiare dei servizi assicurativi sebbene soltanto attraverso modalità non dematerializzate. Le modalità di trattamento dei dati biometrici sono dettagliate nelle condizioni contrattuali di fornitura del servizio Firma Elettronica Avanzata grafometrica fornito da Banca Sella S.p.A.

**Utilizzo dei dati a fini commerciali**

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (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 l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- 2) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

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, diritto 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. Quanto precede, rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1, 20145 Milano (MI), e-mail: [privacy@alleanza.it](mailto:privacy@alleanza.it), oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "[RPD.it@generali.com](mailto:RPD.it@generali.com)" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marroccesa, 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 dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

### 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.

#### 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. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, 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.



**I miei consensi privacy****Consenso contrattuale**

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

 Autorizzo**Da valorizzare solo in caso di utilizzo della FEA Grafometrica**

Preso atto dell'informativa, AUTORIZZO Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare anche i miei dati biometrici per l'utilizzo del servizio FEA Grafometrica.

 Autorizzo**Consensi commerciali**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Alleanza Assicurazioni S.p.A.;

 Autorizzo  Non autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

 Autorizzo  Non autorizzo**Firme di sottoscrizione**

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Data e luogo Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

**Firma per accettazione della Proposta/Polizza**

La presente Proposta/Polizza è accettata dalla Compagnia e gli effetti della stessa decorreranno secondo quanto descritto all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

**Identificazione del Contraente o Esecutore per conto del Contraente (se diverso dal Contraente)**

Nel confermare la regolare acquisizione della presente richiesta ed inviandola alla Compagnia, attesto che la stessa è stata correttamente compilata, che le firme sopra riportate sono state apposte correttamente dagli interessati e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di avere identificato direttamente, anche ai sensi del D. LGS 231 del 21 novembre 2007 e succ. mod. e int., i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome dell'operatore\_\_\_\_\_  
Firma dell'operatore