

PROPOSTA N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Conv. N. \_\_\_\_\_

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

**Controente persona fisica**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ PAESE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PRESSO (facoltativo) \_\_\_\_\_ LOCALITÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ PAESE \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ SECONDA CITTADINANZA \_\_\_\_\_

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ PRESSO (facoltativo) \_\_\_\_\_ LOCALITÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ PAESE \_\_\_\_\_

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

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

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)  SÌ  NO

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)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE \_\_\_\_\_ PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato) \_\_\_\_\_

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

TAE \_\_\_\_\_

**Controente diverso da persona fisica**

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

INDIRIZZO E-MAIL

DATA COSTITUZIONE

PROVINCIA DI COSTITUZIONE

ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI

NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE

PAESE SEDE LEGALE DELLA 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

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa\*", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime?

 SÌ

 NO

\* Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.



**Profilo economico del Contraente**

**Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Da € 0 a € 20.000,00           | <input type="checkbox"/> Da € 250.001,00 a € 500.000,00      | <input type="checkbox"/> Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Da € 20.001,00 a € 50.000,00   | <input type="checkbox"/> Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00    | <input type="checkbox"/> Oltre € 50.000.000,00                |
| <input type="checkbox"/> Da € 50.001,00 a € 100.000,00  | <input type="checkbox"/> Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00  |   |
| <input type="checkbox"/> Da € 100.001,00 a € 250.000,00 | <input type="checkbox"/> Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00 |   |

**Patrimonio complessivo in euro (persona fisica):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Da € 0 a € 50.000,00          | <input type="checkbox"/> Da € 150.001,00 a € 500.000,00   | <input type="checkbox"/> Oltre € 1.000.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Da € 50.001,00 a € 150.000,00 | <input type="checkbox"/> Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00 |   |

**Stima controvalore beni conferiti/capitale versato (persona diversa da persona fisica):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Da € 0 a € 20.000,00           | <input type="checkbox"/> Da € 250.001,00 a € 500.000,00      | <input type="checkbox"/> Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Da € 20.001,00 a € 50.000,00   | <input type="checkbox"/> Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00    | <input type="checkbox"/> Oltre € 50.000.000,00                |
| <input type="checkbox"/> Da € 50.001,00 a € 100.000,00  | <input type="checkbox"/> Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00  |   |
| <input type="checkbox"/> Da € 100.001,00 a € 250.000,00 | <input type="checkbox"/> Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00 |   |

**Risultato economico\*:**  Utile/Pareggio  Perdita

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

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

FAC SIMILE



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

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

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

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

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

- Procura/Delega  Delibera assembleare/C.d.A.  Atto costitutivo/ Statuto  Visura camerale

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

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.

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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
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"/>

 Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

**Caratteristiche contrattuali**

Durata contratto: a vita intera

Premio Unico	€	<input type="text"/>
Caricamento	%	<input type="text"/> (fino a un massimo di 1.000 €)

PRESTAZIONE COMPLEMENTARE (OBBLIGATORIA se l'Assicurato ha un'età inferiore a 75 anni e 6 mesi)

L'Assicurato ha un'età inferiore a 75 anni e 6 mesi

- 
- NO
- 
- 
- Sì

PRESTAZIONE COMPLEMENTARE (FACOLTATIVA)

Opzionabile solo se l'Assicurato ha un'età inferiore a 75 anni e 6 mesi

- 
- Extra copertura decesso
- 
- 
- Extra copertura decesso e lesioni

### Versamento del premio di perfezionamento

Il premio unico deve essere versato tramite BONIFICO BANCARIO da un conto corrente intestato (oppure cointestato) al contraente.

### Revoca della Proposta

Il Contraente può revocare la presente Proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'Art. 1887 c.c., mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso Alleanza Assicurazioni S.p.A.. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

### 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.

### Valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze.

#### Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Molto breve (da 0 a 3 anni)
- Breve (da 4 a 5 anni)
- Medio (da 6 a 10 anni)
- Medio lungo (da 11 a 15 anni)
- Lungo (oltre 15 anni)

#### Potrei avere la necessità di disinvestire anticipatamente il contratto, nella consapevolezza delle condizioni e degli eventuali costi contrattualmente previsti:

- NO
- Sì, nei primi 3 anni
- Sì, successivamente al terzo anno

FAC SIMILE

**Beneficiari CASO MORTE**

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,00%
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<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 E LUOGO DI REGISTRAZIONE			
<input type="text"/>			

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)  SÌ  NO

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa\*\*\*", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime?  SÌ  NO

La Società è un Trust?  SÌ  NO

La Società è una Fondazione?  SÌ  NO

La Società è una Fiduciaria?  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

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

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

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

\*\*\* Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.



**Beneficiari CASO MORTE**

© LMD srl - grafica

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE		CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	,00%
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE		COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
<input type="text"/>		<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 E LUOGO DI REGISTRAZIONE			
<input type="text"/>			
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa***", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			
La Società è un Trust?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
La Società è una Fondazione?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
La Società è una Fiduciaria?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Rapporto con il Contraente:			
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile		
<input type="checkbox"/> Lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Relazione amicale		
<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Beneficienza liberalità		
<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/> email _____	<input type="checkbox"/> telefono _____		
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____			

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

\*\*\* Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.



**Beneficiari CASO MORTE**

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE		CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	,00%
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE		COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
<input type="text"/>		<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 E LUOGO DI REGISTRAZIONE
<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)  SÌ  NO

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa\*\*\*", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime?  SÌ  NO

La Società è un Trust?  SÌ  NO

La Società è una Fondazione?  SÌ  NO

La Società è una Fiduciaria?  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità              |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

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

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

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

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 tali in assenza di testamento.

**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
<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> email _____ <input type="checkbox"/> telefono _____
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

\*\*\* Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.

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

<b>TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO</b>		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)  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Coniugio                            | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità   |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |  |

<b>TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO</b>		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)  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Coniugio                            | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità   |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |  |

<b>TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO</b>		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)  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Coniugio                            | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità   |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |  |

<b>TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO</b>		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)  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Coniugio                            | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità   |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |  |

**Beneficiario caso vita per la prestazione aggiuntiva in caso di lesione conseguente ad infortunio**

L'Assicurato

**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

(Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

 Investimento     Risparmio     Protezione**Origine delle somme versate:** Lavoro Dipendente Lavoro Autonomo Vincita Lascito / Eredità / Donazione Cliente reddituario da precedente occupazione /Pensione Rendita da immobili Utile societario / Reddito d'Impresa Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni Scudo Fiscale / Voluntary Disclosure Divorzio Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

**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 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** - 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  M  F

 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)  SÌ  NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

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

 No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

 COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO) 

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %   | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ % | <input type="checkbox"/> Fiduciante  |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %           | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato  |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante                               | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore  |

**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".

 SÌ  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?

 SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, 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	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CITTADINANZA			SECONDA CITTADINANZA				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo di documento: <input type="checkbox"/> Carta d'identità			<input type="checkbox"/> Patente auto			<input type="checkbox"/> Passaporto	
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)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO				
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)							
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Politico/istituzionale		<input type="checkbox"/> Societario		<input type="checkbox"/> Associazioni	
						<input type="checkbox"/> Fondazioni	
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							
<input type="text"/>							

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %   | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ % | <input type="checkbox"/> Fiduciante  |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %           | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato  |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante                               | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore  |

**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".

- SÌ  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?

- SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, 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	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CITTADINANZA			SECONDA CITTADINANZA				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo di documento: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente auto <input type="checkbox"/> Passaporto							
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) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO							
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Politico/istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni							
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							
<input type="text"/>							

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %   | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ % | <input type="checkbox"/> Fiduciante  |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %           | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato  |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante                               | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore  |

**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".

- SÌ  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?

- SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, 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	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CITTADINANZA			SECONDA CITTADINANZA				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO	CAP	PROV.	PAESE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo di documento: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente auto <input type="checkbox"/> Passaporto							
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) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO							
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Politico/istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni							
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							
<input type="text"/>							

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %   | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ % | <input type="checkbox"/> Fiduciante  |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %           | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato  |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante                               | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore  |

**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".

- SÌ  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?

- SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, 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, il Set informativo che si compone del Documento contenente le informazioni chiave (KID), del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), delle Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni, del Modulo di Proposta.
- dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposto "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. 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 e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per soggetti diversi da persone fisiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. 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'informativa 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, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta 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 accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione con particolare riferimento alle Condizioni di esclusioni.
- dichiara di essere stato informato in merito alla variazione effettuata dal distributore sulla coerenza della presente Proposta rispetto alle esigenze assicurative da me manifestate, in conformità alle vigenti disposizioni.
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o doversi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, 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.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Il sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente), dichiara:

- che i dati riportati in Proposta sono corretti.
- che proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, 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.

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 a fini commerciali e di profilazione commerciale**

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 Marocchese, 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 di 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, società 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 che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti 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, promotori, 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**Consensi commerciali e di profilazione commerciale**

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**

Data e luogo

Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

**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

**Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. 231 del 21 Novembre 2007 e S.M.I  
(antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo)**

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 Compagnia 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 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 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, 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, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, 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 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 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 proce-

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. 231/07

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.

### Titolare effettivo e criteri per la determinazione dello stesso

#### Art. 1 comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/07

Nel presente decreto s'intendono per (...) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

#### Art. 20 del D.Lgs. 231/07

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

- a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
  - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
- a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
  - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
  - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
- a) i fondatori, ove in vita;
  - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
  - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

#### Obbligo di astensione

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

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) 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.

#### Sanzioni penali

##### Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D.Lgs. 231/07

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 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.

**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 sensi 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.