

ALLEATA PREVIDENZA

di Alleanza

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE

(Iscritto all'Albo COVIP con il N° 5006)

AGENZIA GENERALE DI _____	/	/	/	
(in lettere)	(in codice)	(Ispektorato Agenziale)	(Settore)	(Zona)

Il bisogno che si desidera soddisfare attraverso la sottoscrizione del presente contratto è:

- Previdenza Complementare
 Risparmio (versamenti periodici)
 Protezione
 Investimento (versamento unico)

MODULO DI ADESIONE

È parte integrante e necessaria della Nota Informativa

Attenzione: L'adesione ad ALLEATA PREVIDENZA - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO FONDO PENSIONE deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità". La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.alleanza.it/alleataprevidenza. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

TIPO OPERAZIONE		
<input type="checkbox"/> Nuova adesione	<input type="checkbox"/> Versamento aggiuntivo - Polizza N. _____	<input type="checkbox"/> Inserimento nuova fonte

DATI DELL'ADERENTE	
Cognome e Nome _____	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data di nascita
Comune di nascita (o Stato estero) _____	Prov. Codice Fiscale
Residenza: Indirizzo _____	N° Civico _____
C.A.P. Comune _____	Prov.
Paese (se diverso da Italia) _____	Presso (facoltativo) _____
Cell. _____	N° tel. _____ email _____
Domicilio (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza):	
Indirizzo _____	
N° Civico _____	C.A.P. Comune _____
Prov.	
Paese (se diverso da Italia) _____	
Presso (facoltativo) _____	
Desidero ricevere la corrispondenza in: <input type="checkbox"/> Formato elettronico via mail <input type="checkbox"/> Formato cartaceo all'indirizzo di recapito	
Persona politicamente esposta: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Se Sì, indicare la carica ricoperta:	
<input type="checkbox"/> Amministratore locale	<input type="checkbox"/> Ruolo apicale in pubblica amministrazione
<input type="checkbox"/> Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica	<input type="checkbox"/> Ruolo apicale in consorzi pubblici
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Paese Sede Legale Ente (da compilare se carica ricoperta diversa da Altro) _____	
Prof. (Inserire codici)	Tipo: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Altro Settore: <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Altro
Data 1ª Occupazione	Data 1ª Iscrizione a previdenza complementare
Stato civile (Inserire codici)	Numero componenti nucleo familiare di cui a carico
Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> Scuola superiore <input type="checkbox"/> Laurea	
Documento <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Altro Numero _____	
Data di rilascio	Scadenza
Ente di rilascio _____	
Luogo di rilascio _____	
DICHIARAZIONI U.S. PERSON/RESIDENZA FISCALE FUORI DALL'ITALIA (COMMON REPORTING STANDARD)	
U.S. Person: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (compilare modulo W-9) CRS: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Codice GIIN (Codice Fiscale Identificativo estero) se disponibile:	
In caso di CRS Sì, indicare:	
Nazione _____	Cod. id. fiscale _____
Data inizio effetto	Data fine effetto
Nazione _____	Cod. id. fiscale _____
Data inizio effetto	Data fine effetto
Nazione _____	Cod. id. fiscale _____
Data inizio effetto	Data fine effetto

SOGGETTO PAGANTE (se diverso dall'Aderente) - Il Delegato in caso di Persona GiuridicaCognome e Nome _____ M F Data di nascita | | | | | | | | | |

Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. | | |

Legame con l'Aderente: Parentela* Affinità* Coniugio* Convivenza di fatto o di unione civile* Relazione amicale* Rapporti di lavoro/affari Altro (specificare) _____

Prof. | | | | (inserire i codici) Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

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

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

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

Indirizzo _____ N° Civico _____

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

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

Documento Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di rilascio | | | | | | | | Scadenza | | | | | | | |

Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Da compilare con i dati della Società se Soggetto Pagante Persona Giuridica

Denominazione _____

N° Registrazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ente Registrazione _____

ATECO | | | | | S.A.E. | | | | | Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sede Legale _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | |

* Opzione valida per rapporto Persona Fisica

ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO

Denominazione altra forma pensionistica: _____ N° Albo COVIP: _____

L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata: Consegnata Non consegnata*

(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Si richiede il trasferimento della posizione maturata nel Fondo sopra indicato ad ALLEATA PREVIDENZA: No Sì

L'Aderente autorizza Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere il trasferimento della posizione individuale, con tutte le informazioni ad essa inerenti, ad Alleata Previdenza Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo Fondo Pensione, anche a seguito di istruzioni già impartite al predetto Fondo.

N° contratto _____ P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | Via/P.zza _____

Firma Aderente (leggibile) (o del Legale Rappresentante) _____

LINEE DI INVESTIMENTO

I contributi indicati verranno investiti secondo il seguente piano di investimento:

 Libero così ripartito: Alleata Garantita _____ % Alleata Bilanciata _____ % Alleata Azionaria _____ % Programmato (life cycle)**BENEFICIARI (IN CASO DI PREMORIENZA)** **INDIVIDUATO** Cognome*/Ragione sociale** _____ Nome* _____

Località di nascita (o Stato estero)* _____ Prov.* | | | Data di nascita* | | | | | | | | | |

Codice Fiscale/P. IVA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Persona politicamente esposta: Sì No

Rapporto con l'Aderente*:

 Parentela Affinità Coniugio Convivenza di fatto o di unione civile Relazione amicale Rapporti di lavoro/affari Beneficienza/liberalità (opzione possibile solo per Beneficiario ente o associazione no profit) Altro (specificare) _____

Indirizzo recapito fisico*** _____

Cell. _____ N° tel. _____ email _____

 IDENTIFICATO (compilare specifico modulo di identificazione) **GENERICO** Coniuge Coniuge in difetto figli Eredi legittimi Altro (inserire codice) | | |

La scelta del BENEFICIARIO GENERICO potrebbe rendere più difficile la sua identificazione da parte della Compagnia in sede di liquidazione, si consiglia di specificare i riferimenti di un referente terzo

Contatto terzo referente (indicare generalità e riferimenti di contatto)

Campo obbligatorio: * se selezionato BENEFICIARIO INDIVIDUATO Persona Fisica; ** se selezionato BENEFICIARIO INDIVIDUATO Persona Giuridica; *** se selezionato BENEFICIARIO INDIVIDUATO.

QUESTIONARI

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Molto breve - fino a 3 anni Breve - 4/5 anni Medio - 6/10 anni Medio-lungo - 11/15 anni Lungo - oltre 15 anni

Ritengo probabile di avere la necessità di riscattare il contratto, anche in considerazione della mia situazione lavorativa:

- No Sì *specificare:* nei primi 3 anni tra il quarto e il decimo anno successivamente al decimo anno

QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e a orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

1. Conoscenza dei fondi pensione:

- Ne so poco
 Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
 Ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione:

- Non ne sono al corrente
 So che le somme versate non sono liberamente disponibili
 So che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione? ____ anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? ____ %

5. Ha confrontato tale previsione con quella a lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- Sì No

6. Ha verificato il paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione", della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della sua pensione di base, tenendo conto della sua situazione lavorativa?

- Sì No

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1) Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3) Non so/non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1) 5 anni (punteggio 2) 7 anni (punteggio 3)
 10 anni (punteggio 4) 20 anni (punteggio 5) Oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto - Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

La scelta di un percorso life-cycle (o comparto data target) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta

Luogo e data _____

L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma Aderente (leggibile) (o del Legale Rappresentante) _____

L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma Aderente (leggibile) (o del Legale Rappresentante) _____

L'ADERENTE DICHIARA:

- di aver ricevuto la Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento, le Condizioni generali di contratto e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.alleanza.it/alleataprevenienza;
- di aver sottoscritto la "Scheda dei costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di Adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda dei costi);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'Aderente" della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.alleanza.it/alleataprevenienza;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione";
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti, e di impegnarsi a comunicare alla Società ogni variazione che dovesse intervenire;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'Aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di aver ricevuto il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore (conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni e le proprie esigenze di copertura e che lo stesso è adeguato alle proprie caratteristiche;
- che il Titolare effettivo del Piano Pensionistico individuale coincide con l'Aderente ovvero con il soggetto indicato nell'apposito "Modulo di identificazione del Titolare effettivo per Persona fisica" da allegare. Si impegna inoltre a comunicare alla Società ogni futura operazione effettuata per conto di un Titolare effettivo diverso.

L'Aderente prende atto che può esercitare il diritto di recesso entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della lettera di avvenuta adesione. Per l'esercizio del diritto di recesso l'Aderente deve inviare comunicazione scritta tramite lettera raccomandata AR indicando "Recesso" sulla busta indirizzata a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano. Il recesso, alle condizioni indicate sul retro di questo Modulo, ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

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

Il sottoscritto dichiara, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole della responsabilità penali previste, ai sensi dell'art. 55 del D. Lgs. n. 231/2007 e successive modifiche, in caso di omissione o false informazioni, sotto la sua responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente documento corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela previsti dal citato Decreto in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo e successivi regolamenti attuativi.

Luogo di adesione _____ Firma dell'Aderente (leggibile) _____
Data di adesione ____ / ____ / ____ (o del Legale Rappresentante)

L'Aderente versa i seguenti importi a titolo di:

- deposito cauzionale, pari a n. 1 rata di premio di € _____, restituibile sia in caso di mancata accettazione che di revoca; spese di emissione pari a € _____
- versamento aggiuntivo di € _____

secondo le seguenti modalità:

- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

N. _____ ABI _____ CAB _____ Importo € _____, _____

- Bonifico bancario sul conto corrente di Banca Unicredit codice IBAN: IT 74 M 02008 12028 000104958553 BIC/SWIFT: UNCRITMMOTE

IMPORTANTE: specificare il numero di adesione e il nome e cognome dell'Aderente nell'apposito riquadro destinato alla causale.

- Reinvestimento

- P.O.S.

Alleanza Assicurazioni S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la valuta indicata sul retro di questo modulo.

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

Preso visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, in calce alla presente Adesione:

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

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

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

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

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

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

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

SI NO

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

SI NO

Luogo e data _____ Firma dell'Aderente (leggibile) _____
(o del Legale Rappresentante)

LUOGO E DATA DI ADESIONE

(leggibile) _____ / ____ / ____
(giorno mese anno)

FIRMA DELL'ADERENTE

(leggibile) _____
(o del Legale Rappresentante)

Legale Rappresentante: Cognome e Nome _____ Relazione con l'Aderente _____

DATI DELL'ACQUISIZIONE

Io sottoscritto dichiaro che il presente Modulo di Adesione è stata correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e succ. mod.e int., i soggetti di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma del Presentatore (leggibile) _____

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

UTILIZZO DEI DATI A FINI CONTRATTUALI

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

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

UTILIZZO DEI DATI PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO FEA

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

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

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

UTILIZZO DEI DATI A FINI COMMERCIALI E DI PROFILAZIONE

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

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

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

DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

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

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

COMUNICAZIONE DEI DATI

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

TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

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

MODIFICHE E AGGIORNAMENTI DELL'INFORMATIVA

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

NOTE:

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

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

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

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

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

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

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

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

- 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;
- 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;
- sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

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

5) I soggetti obbligati applicano sempre misure di adeguata verifica rafforzata della clientela in caso di:

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

continua

TITOLARE EFFETTIVO E CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLO STESSO

L'identificazione del titolare effettivo ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, sulla base dei dati identificativi forniti dal cliente ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs.231/07. All'atto dell'identificazione il cliente deve dichiarare se il rapporto continuativo è instaurato per conto di un altro soggetto e deve fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo. Le operazioni riconducibili a un rapporto continuativo, che soddisfino i requisiti d'importo normativamente previsti, si presumono effettuate per conto del cliente intestatario del rapporto continuativo o dell'eventuale titolare effettivo del rapporto stesso, salva diversa indicazione del cliente. Per ogni singola operazione posta in essere in relazione ad un rapporto continuativo il cliente è tenuto a dichiarare se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo ed a fornire tutte le relative indicazioni necessarie per la loro identificazione. Nel quadro del controllo costante, le imprese valutano eventuali elementi che inducono a ritenere che il cliente stia operando per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo o dell'effettuazione dell'operazione. In relazione alle situazioni concrete, è possibile che vi siano molteplici titolari effettivi; in tali casi, gli adempimenti vanno espletati per ciascun titolare effettivo.

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/2007

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 instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/2007

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. 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 poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.
5. 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, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo nonché, con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo.

OBBLIGO DI ASTENSIONE

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

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

SANZIONI PENALI

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

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

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

REVOCA DELL'ADESIONE

La presente adesione può essere revocata, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi a mezzo lettera raccomandata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano, indicando "Revoca" sulla busta. Le somme eventualmente pagate dall'Aderente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

RECESSO DAL CONTRATTO

L'Aderente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione. La comunicazione di recesso va inviata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano a mezzo lettera raccomandata, indicando "Recesso" sulla busta. Il recesso ha l'effetto di liberare la Società e l'Aderente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento della suddetta lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa all'Aderente il premio pagato trattenendo le spese sostenute per l'emissione del contratto, riportate a tergo.

REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a _____, Codice Fiscale _____, nella qualità di Beneficiario delle Polizze indicate di seguito, richiedo che l'importo di euro _____ venga impiegato a favore dell'Aderente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Adesione.

Detto importo deriva da

- Liquidazione della Polizza N° _____ per € _____
- Liquidazione della Polizza N° _____ per € _____
- Integrazione del Deposito Cauzionale per € _____

Firma del Beneficiario (leggibile) _____

VALUTA RICONOSCIUTA AL MEZZO DI PAGAMENTO

Per la Società, i termini di valuta riconosciuta ai diversi mezzi di pagamento sono i seguenti:

- assegno bancario/circolare: fino a sette giorni lavorativi;
- bonifico bancario/disposizioni di addebito permanente/addebito diretto Sepa Direct Debit (SDD): valuta banca ordinante;
- invito a pagare (MAV): stesso giorno del versamento.

PROFESSIONE

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

STATO CIVILE

01 Coniugato(a)	02 Convivente	03 Divorziato(a)/Separato(a)	04 Nubile/Celibe	05 Vedovo(a)
-----------------	---------------	------------------------------	------------------	--------------