ALLEANZA ASSICURAZIONI

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede Legale: Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111 - www.alleanza.it
Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012
Partita IVA n. 01333550323 - Pec: alleanza@pec.alleanza.it - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi

GENERALI

AGENZIA GENERALE DI					**DA ABBINARE ALLA POLIZZA N°**
in lettere	in codice	Ispettorato Agenziale	/ Settore	/ Zona	

BISOGNO DA SODDISFARE ATTRAVERSO LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE CONTRATTO:

☐ Previdenza Complementare ☐ Risparmio (versamenti periodici) ☐ Protezione/Protezione mia e dei miei cari ☐ Investimento (versamento unico)

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRODOTTO:

☐ CAPITALIZZA DI ALLEANZA mod. 10309958
☐ PERAMORE DI ALLEANZA mod. 10320793
☐ PERSEMPRE DI ALLEANZA mod. 10320674
☐ ORIZZONTE SMART mod. 10320578
☐ ORIZZONTE VALORE mod. 10320671
☐ REINVESTO EVERGREEN DI ALLEANZA mod. 10319962
☐ SMART EVERGREEN DI ALLEANZA mod. 10320283
☐ STILE UNICO DI ALLEANZA mod. 10320660
☐ VALORE EVERGREEN DI ALLEANZA mod. 10320454
☐ VALOREORO DI ALLENZA mod. 10320445
☐ VALORE FUTURO PIÙ DI ALLEANZA mod. 10319663
☐ VALORE SOSTENIBILE DI ALLEANZA mod. 10320219

Tipo Operazione: ☐ Nuovo contratto ☐ Versamento aggiuntivo/opzioni - Polizza N°_____ **Tariffa:** _____

A) PRODOTTO

Durata anni ___ Decorrenza* _____ Linea di Investimento/Fondo Interno _____

Combinazione prescelta: _____ ☐ Switch programmato

Frequenza versamento: ☐ Mensile ☐ Bimestrale ☐ Trimestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuo ☐ Unico

Importo versato in euro (eventuale sovrappremio e costi inclusi)** _____

**In assenza di indicazione si intende data di conclusione del contratto indicata in Polizza*
*** Per il prodotto PerAmore: se l'Assicurato è donatore di sangue, al premio indicato è già applicato lo sconto del 10%*

PRESTAZIONI

Capitali da assicurare:

Rendita mensile assicurata (PERSEMPRE): _____ Capitale in caso di decesso (PERAMORE): _____

Versione (per i prodotti che lo prevedono): ☐ Base ☐ Light ☐ Full

Coperture complementari (selezionare le coperture previste dal pacchetto scelto):

☐ Decesso da infortunio ☐ Decesso (per ogni causa) ☐ Invalidità e decesso da infortunio ☐ Lesioni di infortunio ☐ Lesioni (per ogni causa) ☐ Malattie Gravi*

** In caso di selezione della copertura Malattie Gravi, l'Assicurato, inoltre, beneficia di una serie di prestazioni di assistenza, fornite attraverso apposita polizza di assicurazione assistenza stipulata da Alleanza Assicurazioni con Redion Italy Insurance S.p.A., a favore dell'Assicurato stesso.*

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

** Non compilare per i prodotti PERSEMPRE e PERAMORE*

B) CONTRAENTE

DATI DEL CONTRAENTE PERSONA FISICA

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ___ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

☐ Se sottoscrittore di altre Polizze con il ruolo di Contraente o Assicurato, richiedo che il domicilio indicato sia considerato come corrispondenza solo per la presente Polizza.

DICHIARAZIONI CONTRAENTE PER L'ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: ☐ Amministratore locale ☐ Ruolo apicale in pubblica amministrazione ☐ Ruolo apicale in consorzi pubblici ☐ Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica ☐ Altro (specificare) _____

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

FACSIMILE

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

DATI DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

Denominazione _____ Data Fondazione _____

N° Registrazione _____ Ente Registrazione _____

ATECO _____ S.A.E. _____ (se il Contraente è una Fiduciaria, indicare "273")

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Catena Partecipativa Complessa? ☐ No ☐ Sì

Tipo Soggetto:

☐ **Persona Giuridica** specificare Forma Giuridica: ☐ S.A.P.A. ☐ S.P.A. ☐ S.R.L. ☐ S.N.C. ☐ S.D.F. ☐ S.A.S. ☐ S.C.A.R.L.
☐ Fondazione ☐ Onlus (Organizzazione Non lucrativa utilità sociale) (vedi tabella allegata) ____
☐ Ditta Individuale ☐ Associazione non riconosciuta

☐ **Ente** specificare Tipo Ente: ☐ Enti religiosi ☐ Trust/Strutture analoghe ☐ No Profit ☐ Altri Enti (vedi tabella allegata) ____

Indirizzo Sede Legale _____ C.A.P. _____

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

E-mail _____ N° tel. _____

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

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

Risultato economico: ☐ Utile/Pareggio ☐ Perdita da 1 anno ☐ Perdita da 2 anni ☐ Perdita da 3 anni e più

Paesi esteri con cui il Contraente intrattiene relazioni commerciali:

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

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

ESECUTORE DI PERSONA FISICA O DI PERSONA GIURIDICA (ai sensi del D.Lgs. 231/2007)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

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

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile*
☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

DOCUMENTI (DA ALLEGARE) COMPROVANTI I POTERI DI DELEGA/RAPPRESENTANZA DELL'ESECUTORE:

☐ Provvedimento giudice tutelare* ☐ Procura*/Atto notarile ☐ Estratto delibera assembleare ☐ Statuto/Atto istitutivo ☐ Visura camerale

** Da utilizzare solo per Esecutore di Persona Fisica*

FAC-SIMILE

TITOLARE EFFETTIVO DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

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

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 dichiara quanto segue:

Il Titolare Effettivo coincide con l'Esecutore di Persona Giuridica: ☐ **No** ☐ **Sì** Se Sì compilare esclusivamente la sezione "Ulteriori dati ai fini A.V.C."

(In caso di Contraente Ditta Individuale il Titolare Effettivo deve coincidere con l'Esecutore di Persona Giuridica)

DATI DEL 1° TITOLARE EFFETTIVO DIVERSO DALL'ESECUTORE

☐ Esistono più Titolari effettivi (compilare specifico modulo)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

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

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

Qualifica del Titolare Effettivo:

☐ Persona fisica titolare di poteri di direzione e amministrazione ☐ Persona fisica a cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta

☐ Persona fisica a cui è attribuibile il controllo ☐ Beneficiario individuato

☐ Fondatore/disponente in vita ☐ Fiduciante (Contraente fiduciaria statica)

☐ Altro (specificare) _____

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: ☐ Amministratore locale ☐ Ruolo apicale in pubblica amministrazione ☐ Ruolo apicale in consorzi pubblici ☐ Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica ☐ Altro (specificare) _____

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

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

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

C) ASSICURANDO

L'Assicurando coincide con il Contraente: ☐ **Sì** ☐ **No Se No, specificare il motivo** _____

DATI DELL'ASSICURANDO DIVERSO DA CONTRAENTE

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile* ☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO (da compilarsi in caso di coperture Caso Morte, Malattie gravi e Long Term Care)

SEZIONE I - Questionario Sanitario (per copertura Long Term Care compilare solo le domande dalla 8 alla 13)

1) Altezza cm. _____ Peso kg. _____ Sono intervenute variazioni superiori al 10% rispetto al suo peso attuale negli ultimi 2 anni? ☐ Sì ☐ No
Se Sì, per quali motivi? _____

2) Soffre attualmente di qualche disturbo fisico o psichico? ☐ Sì ☐ No
Se Sì, quali? _____
Indicare la competente struttura territoriale sanitaria presso la quale è in cura e da quando: _____

3) Svolge attività sportive diverse da quelle di seguito individuate (*Punto a, Note di compilazione del Questionario Sanitario*)? ☐ Sì ☐ No
Se Sì, indicare attività sportiva: _____

4) Svolge attività professionali pericolose quali quelle di seguito individuate (*Punto b, Note di compilazione del Questionario Sanitario*) o che comportano il rischio di volo? ☐ Sì ☐ No
Se Sì, indicare attività professionale: _____
Mansione: _____

5) È un fumatore (per fumatore si intende chi ha fumato sigarette, sigari, pipa o sigarette elettroniche, anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi e chi ha smesso di fumare su consiglio medico a fronte di una patologia preesistente)? ☐ Sì ☐ No
a) se Sì, indicare il numero di sigarette al giorno: _____
b) se ha smesso, indicare il motivo e l'età in cui ha smesso*: _____
** Domanda da compilare solo per i prodotti PerAmore e PerSempre*

6) Fa o ha mai fatto abuso di alcool (mediamente più di quattro unità di alcool al giorno) o uso di sostanze stupefacenti? (1 unità = 1 bicchiere di vino o 33 cl di birra o 1 bicchierino di superalcolico). Se Sì, indicare: ☐ Sì ☐ No
a) unità di alcool al giorno: _____
b) la struttura competente territoriale sanitaria presso la quale è eventualmente in cura e da quando: _____

7) La misurazione della pressione arteriosa ha mai registrato ripetute alterazioni rispetto ai valori normali o è sotto controllo farmacologico? ☐ Sì ☐ No
(Sono considerati normali valori di pressione minima inferiori a 90 mmHg e valori di pressione massima inferiori a 140 mmHg)

8) Negli ultimi 5 anni si è sottoposto ad esami clinici specialistici particolari (risonanza magnetica, TAC, ecografie, test di funzionalità epatica, fondo oculare, elettroencefalogramma, mammografia, ecc.) esclusi eventuali controlli di routine o deve sottoporsi a breve a nuovi accertamenti? ☐ Sì ☐ No
Indicare esame, motivo, data, esito: _____

9) Fa uso regolare di farmaci in particolare contro diabete o malattie cardiache oppure utilizza più di due farmaci per ipertensione, o deve sottoporsi a breve ad un trattamento farmacologico? Se Sì, indicare farmaco, data di inizio della cura, dosaggio: _____ ☐ Sì ☐ No

10) È stato ricoverato, in case di cura, sanatori, ospedali o è previsto un prossimo ricovero (anche in day-hospital)? Ha subito o ha in programma interventi chirurgici (esclusi quelli che non è necessario dichiarare, di seguito individuati, *Punto c, Note di compilazione del Questionario Sanitario*)? ☐ Sì ☐ No
Se Sì indicare intervento/causa del ricovero, data, durata, esito: _____

11) Ha mai sofferto in passato di una o più malattie gravi fra quelle di seguito individuate (*Punto d, Note di compilazione del Questionario Sanitario*)? ☐ Sì ☐ No
Se Sì quali? _____
Data diagnosi, durata, esito: _____
Eventuali complicanze postume/esiti invalidanti? _____

12) Ha mai richiesto o le è stata riconosciuta una invalidità superiore od uguale al 34% oppure ha fatto richiesta per ottenerla? In caso affermativo indicare il tipo di invalidità, il grado di invalidità, la causa dell'invalidità e se percepisce pensione. _____ ☐ Sì ☐ No

13) È disponibile ad effettuare una Visita Medica per eliminare il periodo di carenza? ☐ Sì ☐ No

NOTE DI COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

a) Attività sportive che non è necessario dichiarare - Domanda 3
Trekking/escursioni in montagna escluso alpinismo, scherma, atletica leggera, ginnastica artistica, jogging, nuoto, snorkeling senza autorespiratore, surf, windsurf, canoa e kayak e canottaggio non su corsi d'acqua d'alto corso, sci d'acqua, moto d'acqua senza partecipazione a gare, bocce, bowling, pesca, ciclismo e mountain bike, biliardo, baseball, calcio, calcetto, cricket, golf, pallacanestro, pallamano, pallavolo, beach volley, dressage, equitazione privata, hockey, pattinaggio, sci escluso fuori pista, tiro a segno, tiro con l'arco, squash, tennis, volano, tennis da tavolo, vela non trans-oceanica.

b) Attività professionali pericolose che è necessario dichiarare - Domanda 4
Lavoro su aerei non di linea, ruspista, escavatorista (con pala meccanica), gruista, elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; tagliaboschi/taglialegna, lavoratore su piattaforme/addetti alla trivellazione; lavoratore edile con accesso a ponteggi, impalcature o tetti di altezza superiore a 15 mt; operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; minatore con lavoro in cave o lavoro saltuario in pozzi, appartenente ai corpi di Pubblica Sicurezza: Carabinieri, Guardia di Finanza, Agenti di Polizia, Vigili del Fuoco; addetti alla vigilanza armata; marittimo o pescatore di mare, giardiniere/potatore con accesso a piante di alto fusto, chimico addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche e/o esplosive, lavori subacquei.

c) Interventi chirurgici che non è necessario dichiarare - Domanda 10
Appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectonimia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti senza complicazioni, deviazione setto nasale, colecistectomia non dovuto a neoplasia, cataratta, calcolosi renale, correzioni miopia, parto, interventi di chirurgia estetica.

d) Malattie gravi da dichiarare anche se sofferte in passato - Domanda 11
Malattie dell'apparato cardiovascolare, infarto, insufficienza coronarica, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato osteoarticolare, malattie del sangue, malattie neurologiche o mentali, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino-metabolico, tumori, obesità, infezione da HIV, morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopatia, diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periarterite nodosa, malattie del Motoneurone.

FACSIMILE

SEZIONE II - Domanda aggiuntiva da compilare SOLO in caso di scelta della copertura Malattie Gravi

Nella sua parentela consanguinea (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 60 anni? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare grado di parentela, malattia, età alla diagnosi: _____

SEZIONE III - Domanda aggiuntiva da compilare SOLO in caso di scelta della copertura Long Term Care

Necessita di aiuto nel compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirsi o svestirsi, andare in bagno e mantenere un'adeguata igiene del corpo, alzarsi e camminare, controllare le funzioni urinarie e intestinali, bere e mangiare? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare quali: _____

Cause ed eventuale patologia legata? _____

SEZIONE IV - Domanda aggiuntiva da compilare SOLO in caso di sottoscrizione del prodotto PerAmore

È donatore di sangue? (Per donatore di sangue si intende chi ha effettuato almeno una donazione di sangue intero, plasma o piastrine nei 6 mesi precedenti la data di firma della proposta di assicurazione) ☐ Sì ☐ No

AVVERTENZE:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
c) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
d) l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

L'ASSICURANDO INOLTRE DICHIARA:

- che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
- di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi eventuale cambiamento dello stato di salute che intervenga fino alla conferma di accettazione della presente proposta da parte di Alleanza;
- **di prosciogliere** dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli ospedali, le cliniche, le case di cura, enti ed istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Alleanza credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

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

☐ Autorizzo il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

Data |_|_|_|_|_|_|_|_| *Firma dell'Assicurando o di chi ne fa le veci (leggibile)* _____

D) BENEFICIARI

☐ Esistono più Beneficiari (compilare specifico modulo)

La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata ad Alleanza Assicurazioni. In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario, Alleanza Assicurazioni potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

1° BENEFICIARIO

Tipo Beneficiario: ☐ Scadenza ☐ Premorienza ☐ Scadenza e Premorienza

In caso di Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera bloccare l'invio delle comunicazioni al Beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:

☐ Sì, la comunicazione NON sarà inviata

☐ **CONTRAENTE** (in caso di Beneficiario Premorienza solo se diverso da Assicurando)

☐ **ASSICURANDO** (in caso di Beneficiario Premorienza non selezionabile)

☐ **GENERICO**

☐ Coniuge ☐ Coniuge in difetto figli ☐ Eredi legittimi ☐ Altro (vedi tabella allegata) |_|

☐ **INDIVIDUATO - PERSONA FISICA/PERSONA GIURIDICA**

Cognome*/Denominazione _____ Nome* _____

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

Comune di nascita*/Paese (se diverso da Italia)* _____ Prov.* |_|_| Data di nascita* |_|_|_|_|_|_|_|_|

S.A.E. |_|_|_| (se il Beneficiario è una Fiduciaria, indicare "273") Codice Fiscale*/Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Catena Partecipativa Complessa? ☐ No ☐ Sì

Tipo Soggetto:

☐ **Persona Giuridica** specificare Forma Giuridica: ☐ S.A.P.A. ☐ S.P.A. ☐ S.R.L. ☐ S.N.C. ☐ S.D.F. ☐ S.A.S. ☐ S.C.A.R.L.
☐ Fondazione ☐ Onlus (Organizzazione Non lucrativa utilità sociale) (vedi tabella allegata) |_|_|
☐ Ditta Individuale ☐ Associazione non riconosciuta

☐ **Ente** specificare Tipo Ente: ☐ Enti religiosi ☐ Trust/Strutture analoghe ☐ No Profit ☐ Altri Enti (vedi tabella allegata) |_|_|

Indirizzo recapito*/Sede Legale _____ N° Civico _____

C.A.P. |_|_|_|_|_| Comune/Paese Sede Legale (se diverso da Italia) _____

Prov. |_|_| Paese (se diverso da Italia) _____ N° tel. _____

Persona politicamente esposta*: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile*
☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO INDIVIDUATO PERSONA GIURIDICA

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita/Paese (se diverso da Italia) _____ Prov. |_|_| Data di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile*
☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

FACSIMILE

☐ **IDENTIFICATO**

DATI DEL 1° BENEFICIARIO IDENTIFICATO PERSONA FISICA

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Data rilascio _____ Scadenza _____

Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

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

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, indicare la carica ricoperta: ☐ Amministratore locale ☐ Ruolo apicale in pubblica amministrazione ☐ Ruolo apicale in consorzi pubblici ☐ Ruolo apicale in associazione di natura pubblicistica ☐ Altro (specificare) _____

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

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile* ☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

DATI DEL 1° BENEFICIARIO IDENTIFICATO PERSONA GIURIDICA

Denominazione _____ Data Fondazione _____

N° Registrazione _____ Ente Registrazione _____

ATECO _____ S.A.E. _____ (se il Beneficiario è una Fiduciaria, indicare "273")

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo Sede Legale _____ C.A.P. _____

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

E-mail _____ N° tel. _____

Catena Partecipativa Complessa? ☐ No ☐ Sì

Tipo Soggetto:

☐ **Persona Giuridica** specificare Forma Giuridica: ☐ S.A.P.A. ☐ S.P.A. ☐ S.R.L. ☐ S.N.C. ☐ S.D.F. ☐ S.A.S. ☐ S.C.A.R.L. ☐ Fondazione ☐ Onlus (Organizzazione Non lucrativa utilità sociale) (vedi tabella allegata) ____ ☐ Ditta Individuale ☐ Associazione non riconosciuta

☐ **Ente** specificare Tipo Ente: ☐ Enti religiosi ☐ Trust/Strutture analoghe ☐ No Profit ☐ Altri Enti (vedi tabella allegata) ____

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

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

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

Paesi esteri con cui si intrattengono relazioni commerciali:

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

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

FAC-SIMILE

DATI DELL'ESECUTORE DEL BENEFICIARIO IDENTIFICATO - PERSONA GIURIDICA

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Data rilascio _____ Scadenza _____

Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

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

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

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

☐ Atto notarile ☐ Estratto delibera assembleare ☐ Statuto/Atto istitutivo ☐ Visura camerale

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO IDENTIFICATO PERSONA GIURIDICA

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

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

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

☐ **No** ☐ **Sì** Se Sì compilare esclusivamente la sezione "Ulteriori dati ai fini A.V.C."

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

☐ Esistono più Titolari effettivi (compilare specifico modulo)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Data rilascio _____ Scadenza _____

Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

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

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

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

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

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

Qualifica del Titolare Effettivo: ☐ Persona fisica titolare di poteri di direzione e amministrazione ☐ Persona fisica a cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta ☐ Persona fisica a cui è attribuibile il controllo ☐ Beneficiario individuato ☐ Fondatore/disponente in vita ☐ Fiduciante (Contraente fiduciaria statica) ☐ Altro (specificare) _____

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile* ☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

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

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

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

In caso di CRS Sì, indicare:

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

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

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

** Per le definizioni vedi allegato*

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

Dopo aver preso visione dell'Informativa degli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 in calce alla presente Proposta, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi della presente proposta di polizza assicurativa corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del Titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

Data _____ *Firma del Beneficiario Identificato/Esecutore (leggibile)* _____

TERZO REFERENTE (da contattare per l'identificazione del Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato)

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale Alleanza Assicurazioni potrà far riferimento in sede di liquidazione. Contatto terzo referente (indicare nome, cognome, n° telefono, e-mail, indirizzo):

_____

_____

FACSIMILE

2° BENEFICIARIO

Tipo Beneficiario: ☐ Scadenza ☐ Premorienza ☐ Scadenza e Premorienza

In caso di Beneficiario a Scadenza, il Contraente desidera bloccare l'invio delle comunicazioni al Beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:

☐ Sì, la comunicazione NON sarà inviata

☐ **CONTRAENTE** (in caso di Beneficiario Premorienza solo se diverso da Assicurando)

☐ **ASSICURANDO** (in caso di Beneficiario Premorienza non selezionabile)

☐ **GENERICO**

☐ Coniuge ☐ Coniuge in difetto figli ☐ Eredi legittimi ☐ Altro (vedi tabella allegata) ____

☐ **INDIVIDUATO - PERSONA FISICA/PERSONA GIURIDICA** (compilare specifico modulo)

☐ **IDENTIFICATO** (compilare specifico modulo)

TERZO REFERENTE (da contattare per l'identificazione del Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato)

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale Alleanza Assicurazioni potrà far riferimento in sede di liquidazione. Contatto terzo referente (indicare nome, cognome, n° telefono, e-mail, indirizzo):

_____

_____

E) RENDITA DA ASSICURARE

Euro _____ pagabile in rate anticipate: ☐ mensili ☐ trimestrali ☐ semestrali ☐ annuali

☐ reversibile totalmente a favore di _____ Codice Fiscale _____

☐ reversibile parzialmente ____ % a favore di _____ Codice Fiscale _____

☐ pagabile in modo certo per ____ anni e successivamente vitalizia

Rendita da pagare con bonifico:

IBAN: Codice Paese | CIN IBAN | CIN | ABI | CAB | Numero di conto corrente

BIC/SWIFT: BIC/SWIFT

F) VERSAMENTI

Provenienza delle somme versate (Indicare il Paese di provenienza se diverso da Italia: _____)

Origine delle somme versate:

☐ Lavoro Dipendente ☐ Pensione ☐ Reinvestimento da liquidazione ☐ Reddito d'impresa

☐ Lavoro Autonomo ☐ Divorzio ☐ Reinvestimento da sinistro danni ☐ Rendite da immobili

☐ Scudo fiscale/voluntary disclosure ☐ Lascito/eredità/donazione ☐ Vincita ☐ Altro _____

DATI DEL PAGAMENTO DEPOSITO CAUZIONALE E VERSAMENTI UNICI/AGGIUNTIVI

MEZZI DI PAGAMENTO

In ottemperanza agli obblighi del Regolamento IVASS N° 40 del 2-08-2018 "Disposizioni in materia di distribuzione assicurativa" Art. 54 comma 7, è fatto divieto ai collaboratori di Alleanza Assicurazioni di accettare dai Clienti denaro contante come titolo di pagamento dei premi assicurativi. Alleanza Assicurazioni accetta, salvo buon fine, quale mezzo di pagamento del premio quelli di seguito indicati.

☐ **Addebito su conto corrente tramite SDD - IBAN** indicato nella sottostante sezione "dati del mandato SDD" (esclusivamente per il pagamento di polizze a premi annui o ricorrenti con attivazione del canale SDD anche per le rate successive) euro _____

☐ **Assegno bancario** non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.

N° _____ ABI _____ CAB _____ euro _____

☐ **Bonifico bancario a valere su IBAN a me intestato** euro _____

☐ **P.O.S./E-Pay** euro _____

☐ **Pagamento diretto in Area Clienti sul sito www.alleanza.it** (esclusivamente per i Versamenti Aggiuntivi) euro _____

☐ **Riscatto da ALLINVEST di Alleanza N° Polizza** _____ ☐ Totale ☐ Parziale (importo netto) euro _____

☐ **Reinvestimento** (compilare sezione sotto) euro _____

ISTRUZIONI PER IL BONIFICO BANCARIO

Il bonifico, a favore di Alleanza Assicurazioni S.p.A., va eseguito sul conto corrente di Banca Unicredit:

IBAN: I T 7 4 M 0 2 0 0 8 1 2 0 2 8 0 0 0 1 0 4 9 5 8 5 5 3

Codice Paese | CIN IBAN | CIN | ABI | CAB | Numero di conto corrente

BIC/SWIFT: U N C R I T M M O T E

BIC/SWIFT

IMPORTANTE: specificare il numero di Proposta/Polizza e il Nome e Cognome del Contraente nell'apposito riquadro destinato alla causale.

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 del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta.

Detto importo deriva da:

☐ Liquidazione della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Liquidazione della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Liquidazione da riscatto speciale per scadenza anticipata della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Integrazione del Deposito Cauzionale per euro _____

Firma del Beneficiario (leggibile) _____

FACSIMILE

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 del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta.

Detto importo deriva da:

☐ Liquidazione della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Liquidazione della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Liquidazione da riscatto speciale per scadenza anticipata della Polizza N° _____ per euro _____

☐ Integrazione del Deposito Cauzionale per euro _____

Firma del Beneficiario (leggibile) _____

SOGGETTO PAGANTE PERSONA FISICA/ESECUTORE DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA

Coincide con: ☐ Contraente ☐ Assicurando ☐ Beneficiario identificato (scadenza/morte) _____
☐ Delegato ☐ Altro soggetto (compilare dati sotto)

DATI DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA FISICA/ESECUTORE DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Scadenza |_|_|_|_|_|_|_|_| Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. |_|_|_|_|_| Comune _____ Prov. |_|_| Paese (se diverso da Italia) _____

E-mail _____ Cell. _____

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) _____

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

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile*
☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Rapporto tra Persone Fisiche*

DOCUMENTI (DA ALLEGARE) COMPROVANTI I POTERI DI DELEGA/RAPPRESENTANZA DELL'ESECUTORE DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA:

☐ Provvedimento giudice tutelare* ☐ Procura*/Atto notarile ☐ Estratto delibera assembleare ☐ Statuto/Atto istitutivo ☐ Visura camerale

** Da utilizzare solo per Esecutore di Persona Fisica*

SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA

Denominazione _____

ATECO |_|_|_| S.A.E. |_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo Sede Legale _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

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

E-mail _____ N° tel. _____

Tipo Soggetto: ☐ Ente ☐ Persona Giuridica

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

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

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

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

Paesi esteri con cui si intrattengono relazioni commerciali:

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

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

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

Dopo aver preso visione dell'Informativa degli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 in calce alla presente Proposta, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di Polizza assicurativa corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Data |_|_|_|_|_|_|_|_| *Firma del Soggetto Pagante Deposito cauzionale/Esecutore (leggibile)* _____

FACSIMILE

DATI DEL PAGAMENTO DELLE RATE SUCCESSIVE (PREMI ANNUI O RICORRENTI)

☐ Addebito diretto su Conto Corrente - **Sepa Direct Debit - SDD** (compilare sezione DATI DEL SOGGETTO PAGANTE)

☐ **Assegno bancario** non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.

In caso di mancato buon fine, il nuovo mezzo di pagamento dovrà essere indicato in un apposito modulo che costituirà parte integrante della Proposta.

SOGGETTO PAGANTE SDD PERSONA FISICA/ESECUTORE DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA

Coincide con: ☐ Contraente ☐ Assicurando ☐ Beneficiario identificato _____
☐ Delegato ☐ Soggetto Pagante Deposito cauzionale ☐ Altro soggetto (compilare dati sotto)

DATI DEL SOGGETTO PAGANTE SDD PERSONA FISICA/ESECUTORE DEL SOGGETTO PAGANTE PERSONA GIURIDICA

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____

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

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

Scadenza _____ Ente di rilascio _____ Luogo di rilascio _____

Residenza: Indirizzo _____ N° Civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. ____ Paese (se diverso da Italia) _____

E-mail _____ Cell. _____

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) _____

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

Persona politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No

Rapporto con il Contraente: ☐ Parentela* ☐ Affinità* ☐ Coniugio* ☐ Convivenza di fatto o unione civile*
☐ Rapporto di lavoro/Affari ☐ Relazione amicale* ☐ Altro (specificare) _____

** Valido solo per Persona Fisica*

SOGGETTO PAGANTE SDD PERSONA GIURIDICA

Denominazione _____

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

Indirizzo Sede Legale _____ C.A.P. _____

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

E-mail _____ N° tel. _____

Tipo Soggetto: ☐ Ente ☐ Persona Giuridica

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

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

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

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

Paesi esteri con cui si intrattengono relazioni commerciali:

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

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

DATI DEL MANDATO SDD

☐ Autorizzo a provvedere all'addebito dei premi relativi alla presente Proposta sul conto di addebito già in essere per la Polizza N° _____

☐ Richiedo l'attivazione del nuovo mandato

Riferimento del mandato: 701254

Codice Identificativo Creditore per Deposito Cauzionale: IT33CAU0000010908160012

Codice Identificativo Creditore per Rate successive: IT330010000010908160012

IBAN: _____ (Codice Paese | CIN IBAN | CIN | ABI | CAB | Numero di conto corrente) BIC/SWIFT: _____ (BIC/SWIFT)

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione ad Alleanza Assicurazioni a richiedere alla banca del Soggetto pagante l'addebito sul suo conto e l'autorizzazione alla banca del Soggetto pagante di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Alleanza Assicurazioni. Il Soggetto pagante ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

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

Dopo aver preso visione dell'Informativa degli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 in calce alla presente Proposta, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di Polizza assicurativa corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Data _____ *Firma del Soggetto pagante SDD/Esecutore (leggibile)* _____

FAC-SIMILE

VALUTA RICONOSCIUTA AL MEZZO DI PAGAMENTO

La Società provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta:
- assegno bancario tratto sulla Filiale Banca Unicredit presso la quale viene effettuato il versamento: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Unicredit da parte della Società;
- assegno bancario tratto su altre banche: quanto previsto dalle condizioni contrattuali intercorrenti tra la Banca ordinante e Banca Unicredit;
- bonifico bancario/addebito diretto Sepa Direct Debit (SDD): uguale a quella riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Unicredit;
- invito a pagare (MAV): stesso giorno del versamento;
- CAPITALIZZA DI ALLEANZA: il premio, al netto dei costi, è investito nella Gestione interna separata Fondo Euro San Giorgio, cui sono direttamente collegate le prestazioni del contratto.

REVOCA DELLA PROPOSTA

La presente Proposta 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 o tramite PEC all'indirizzo alleanza@pec.alleanza.it. La comunicazione di revoca deve indicare il codice dell'Agenzia Generale e il numero della Proposta sottoscritta. Le somme eventualmente pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente Proposta 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 o tramite PEC all'indirizzo alleanza@pec.alleanza.it. Il recesso ha l'effetto di liberare la Società e il Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato trattenendo le spese sostenute per l'emissione della Polizza riportate a tergo.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE PERSONA FISICA/ESECUTORE DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

I) Il Contraente dichiara di aver ricevuto in tempo utile, in formato cartaceo o in formato elettronico, ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta:
- **per i prodotti d'investimento assicurativi:**
  - il Profilo Cliente, il Set informativo composto dal Documento con le informazioni chiave (KID) dall' eventuale documento contenente le informazioni specifiche per le opzioni di investimento Cod. _____ , Documento Informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), Condizioni di assicurazione comprensive delle definizioni e, dal modulo di Proposta;
  - il documento con l'informativa sul distributore, conforme al modello di cui all'Allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018;
- **per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi:**
  - il Profilo Cliente, il Set informativo composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita), Condizioni di assicurazione comprensive delle definizioni e dal modulo di Proposta;
  - il documento con l'informativa sul distributore, conforme al modello di cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

II) In caso di Contraente Persona Giuridica, l'Esecutore 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.

III) Solo per i nuovi contratti, il Contraente dichiara di accettare le Condizioni di assicurazione.

IV) Il Contraente dichiara di:
- essere a conoscenza che la presente Proposta può non essere accettata da Alleanza Assicurazioni;
- versare la prima annualità di premio, in conformità al disposto dell'Art. 1924 del C.C.;
- versare i seguenti importi (eventuale sovrappremio e costi inclusi) a titolo di:
  - deposito cauzionale, pari a N° _____ rate di premio di euro _____ restituibile sia in caso di mancata accettazione che di revoca.
    In caso di sottoscrizione di Polizza a premio annuo o ricorrente con frazionamento mensile è richiesto il versamento di almeno 2 mensilità di deposito cauzionale se la modalità prescelta per il pagamento delle rate successive non è l'addebito diretto Sepa Direct Debit - SDD;
  - spese di emissione (valutazione Proposta, costo Polizza) più eventuali spese mediche pari a euro _____ trattasi di spese effettivamente sostenute e non ripetibili sia in caso di revoca della Proposta sia in caso di recesso del contratto;
- **per i prodotti d'investimento assicurativi:** aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è (i) coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura, (ii) adeguato, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Alleanza Assicurazioni in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, in quanto risponde alle proprie preferenze, ai propri obiettivi ed alle proprie caratteristiche e (iii) che il prodotto è coerente con le proprie preferenze di sostenibilità espresse oppure che la propria scelta è ricaduta su di un prodotto diverso per le motivazioni addotte in fase di consulenza;
- **per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi**: aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Alleanza Assicurazioni in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- essere a conoscenza che la presente Proposta non è valida come Polizza.
- ☐ dare consenso
  a ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica comunicato alla Società e a ricevere la documentazione prevista **per tutti i miei contratti in essere con la Società e le relative comunicazioni** mediante pubblicazione nell'apposita sezione dell'**Area Clienti** presente sul sito www.alleanza.it. Mi impegno a comunicare ogni variazione dell'indirizzo indicato e sono stato informato che potrò modificare in qualsiasi momento la scelta direttamente nell'**Area Clienti** o rivolgendomi all'**Agenzia di competenza**.

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

Dopo aver preso visione dell'Informativa degli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 in calce alla presente Proposta, il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di Polizza
assicurativa nel Profilo Cliente 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 inoltre che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.

Luogo e data _____

Firma del Contraente/Esecutore (leggibile) _____

DATI DELL'ACQUISIZIONE

Io sottoscritto dichiaro che la presente Proposta è stata correttamente compilata 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) _____

FACSIMILE

Mod.

W-9

Dipartimento del Tesoro
Amministra.ne finanziaria USA

Richiesta di attestazione del numero identificativo fiscale del contribuente

Consegnare il modello al soggetto richiedente.
Non spedire all'Amministrazione finanziaria USA.

Nominativo (come riportato nella dichiarazione dei redditi USA)

Ragione sociale / Denominazione sociale di entità fiscalmente trasparente (cd. "disregarded entity"), solo se differente dal nominativo di cui sopra

Spuntare la casella relativa alla classificazione così come prevista dalla normativa fiscale USA:

☐ Persona fisica ☐ C Corporation ☐ S Corporation ☐ Partnership ☐ Trust/estate

☐ Limited liability company. Inserire la classificazione come prevista dalla normativa fiscale USA (C=C corporation, S=S corporation, P=partnership) ▶ ____

☐ Altro (vedi istruzioni del modello originale)

Esenzioni (cfr. istruzioni al modulo):

Codice del beneficiario esente (se disponibile) _____

Codice di esenzione dall'applicazione di FATCA (se disponibile) _____

Indirizzo (via, numero civico, interno)

Città, Provincia, Stato e C.A.P. (ZIP code)

Nome ed indirizzo del soggetto richiedente:
Alleanza Assicurazioni
Piazza Tre Torri 1,
20145 Milano (MI)
Italia

Elencare il numero/i dei conti/rapporti (dato non obbligatorio)

Parte I Numero identificativo fiscale del contribuente – Taxpayer Identification Number (TIN)

Inserire il proprio TIN nell'apposita casella. Il TIN fornito deve abbinarsi e correlarsi a quanto indicato nella casella "Nominativo" al fine di evitare l'applicazione della ritenuta denominata "backup withholding". Per le persone fisiche ("Individuals") è il proprio numero di previdenza sociale U.S.A. - SSN ("Social security number"). Tuttavia, per i soggetti non residenti o per le entità fiscalmente trasparenti (cd. "disregarded entity") e per altri casi specifici, vedere le istruzioni del modello originale.

Per le società, enti, organizzazioni, trust, ecc. ("other entities") è il proprio numero identificativo quale datore di lavoro – EIN ("Employer identification number").

In assenza di un numero identificativo, vedere le istruzioni del modello originale.

Se il conto/rapporto è r iferibile a più "Nominativi", vedere la tabella delle istruzioni del modello originale.

Social security number (SSN)

			–			–				

Employer identification number (EIN)

		–							

Parte II Attestazione - Certification

Io sottoscritto dichiaro, sotto la mia piena responsabilità, che:

1. Il mio numero identificativo fiscale riportato su questo modello è corretto (o sono in attesa che mi sia assegnato un numero), e

2. Non sono soggetto alla cd. "backup withholding" perché: (a) sono esente dalla cd. "backup withholding", o (b) non mi è stato notificato dall'Amministrazione Finanziaria statunitense (IRS) che sono soggetto alla cd. "backup withholding" in conseguenza della mancata comunicazione di tutti gli interessi o dividendi, oppure (c) l'Amministrazione Finanziaria statunitense (IRS) mi ha notificato che non sono più soggetto alla cd. "backup withholding", e

3. Sono un cittadino degli Stati Uniti o altra persona statunitense ("U.S. person"), come definito dalla normativa fiscale degli Stati Uniti (vedere istruzioni del modello originale), e

4. Il codice FATCA, eventualmente inserito in questo modello per indicare che sono esente dall'applicazione di FATCA, è corretto.

Istruzioni attestazione. Deve cancellare/depennare il punto 2 sopra riportato, se Le è stato notificato dall' Amministrazione Finanziaria statunitense (IRS) che Lei è attualmente soggetta alla cd. "backup withholding" perché non ha riportato tutti gli interessi e i dividendi nella dichiarazione dei redditi statunitense.

Per le transazioni immobiliari, il punto 2 di cui sopra non si applica.

Per gli interessi ipotecari, per le acquisizioni o rinunce alla proprietà, cancellazione del debito, contribuzioni per piani pensionistici individuali ("Individual Retirement arrangement") e, in generale, per pagamenti diversi da interessi e dividendi, non Le è richiesto di firmare l'attestazione, ma deve fornire il Suo corretto numero identificativo fiscale (TIN).

Firmare qui	**Firma della persona statunitense** ►	**Data** ►

FAC-SIMILE

Mod. 11400560 - 10/2026

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)

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.Lsg 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui 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 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. 231/07

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.

FAC SIMILE

Mod. 11400560 - 10/2026

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 soggetto (se persona fisica) o dal Rappresentante legale (per le persone giuridiche), riportate. 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

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

- la 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 persona giuridica, verificando la sede legale o la presenza di stabili organizzazioni negli Stati Uniti d'America,

dichiara che 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 soggetto. 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 richiede 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.

SAMPLE

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 dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) 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); (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 in particolare i dati relativi alla 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.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare 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 prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

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 Autorizzati al 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, 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, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi/consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

FACSIMILE

TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI PROFESSIONE, STATO CIVILE E BENEFICIARI

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

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

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

Cod.	Beneficiari	Cod.	Beneficiari	Cod.	Beneficiari	Cod.	Beneficiari	Cod.	Beneficiari
K	Fratello	A	Coniuge	D	Figlie	S	Eredi legittimi e testamentari	L	Sorella
Z	Coniuge e figli	O	Padre	N	Genitori	9	Coniuge in difetto figli	I	Fratello e sorelle
6	Coniuge in difetto figlio	T	Eredi legittimi	1	Assicurato in difetto eredi legittimi	V	Coniuge e figlio	E	Figli
U	Eredi testamentari	X	Coniuge e figlia	8	Coniuge in difetto figlie	J	Fratelli	W	Contraente
P	Madre	H	Fratello e sorelle	M	Sorelle	F	Fratelli e sorelle	C	Figlia
Y	Coniuge e figlie	G	Fratello e sorella	7	Coniuge in difetto figlia	B	Figlio		

TABELLA DI RIFERIMENTO CLASSE BENEFICIARI IN CASO DI PERSONA GIURIDICA ONLUS

Cod.	Tipo Beneficiario	Cod.	Tipo Beneficiario	Cod.	Tipo Beneficiario
01	Disabili	04	Detenuti	07	Vittime catastrofi naturali
02	Malattia	05	Vittime di guerra	08	Ragazze madri
03	Minori	06	Tossico dipendenti	09	Altro

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL TIPO ENTE

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

FAC SIMILE

Mod. 11400560 - 10/2026