



## ASSICURANDO - Se diverso dal Contraente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 M  F Località di nascita (o Stato estero) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Professione (cod.) \_\_\_\_\_ Persona politicamente esposta:  Sì  No  
**Rapporto con il Contraente:**  Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro/affari  Altro \_\_\_\_\_  
**Documento:**  Carta d'identità  Passaporto  Patente N° \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_\_ Ente di rilascio \_\_\_\_\_ Luogo di rilascio \_\_\_\_\_  
**Residenza:** Indirizzo \_\_\_\_\_ N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_  
N° tel. \_\_\_\_\_ Cell./altro tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
**Domicilio** (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo \_\_\_\_\_  
N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_

## TITOLARE EFFETTIVO

(Qualora sia più di uno compilare specifico Modulo )

### 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 Intestataro del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta dichiara quanto segue:

il Titolare Effettivo coincide con il soggetto già identificato in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica

### DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO SE DIVERSO DAL DELEGATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 M  F Località di nascita (o Stato estero) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Seconda cittadinanza \_\_\_\_\_  
**Persona politicamente esposta:**  Sì  No **Professione (cod.)** \_\_\_\_\_ **Settore professionale (cod.)** \_\_\_\_\_ **Stato civile (cod.)** \_\_\_\_\_  
**Documento:**  Carta d'identità  Passaporto  Patente N° \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_  
Scadenza \_\_\_\_\_ Ente di rilascio \_\_\_\_\_ Luogo di rilascio \_\_\_\_\_  
**Residenza:** Indirizzo \_\_\_\_\_ N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_  
N° tel. \_\_\_\_\_ Cell./altro tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
**Domicilio** (da indicare se diverso dalla residenza e valido anche per l'inoltro della corrispondenza): Indirizzo \_\_\_\_\_  
N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_

**Dich. U.S. Person/residenza fiscale fuori dall'Italia (CRS) relativa al Titolare Effettivo** (eventuale):  No  Sì U.S. Person (allegare form W-9)  Sì CRS (allegare Dich. CRS)

**Codice CIF (Codice Fiscale Identificativo estero):** \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

## BENEFICIARI (La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Società tramite apposito Modulo)

**SCADENZA**  **Invio comunicazioni a scadenza** (Opzione valida per Beneficiario Individuato, Identificato o corrispondente ad Assicurato)

**CONTRAENTE**  **ASSICURATO**

**INDIVIDUATO**

Cognome\*/Ragione sociale\*\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_  
Località di nascita (o Stato estero)\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Data di nascita\* \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/P. IVA\*\* \_\_\_\_\_ Persona politicamente esposta\*  Sì  No  
**Rapporto con il Contraente\*:**  Rapporti affettivi  Rapporto di lavoro/affari  Altro \_\_\_\_\_  
Indirizzo recapito fisico\*\*\* \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ N° tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATO (compilare specifico modulo di identificazione)**

**GENERICO**

Coniuge  Coniuge in difetto figli  Eredi legittimi  Altro (inserire codice) \_\_\_\_\_

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

Contatto terzo referente (indicare generalità e riferimenti di contatto) \_\_\_\_\_

## PREMORIENZA

**CONTRAENTE (solo se diverso da Assicurato)**

**INDIVIDUATO**

Cognome\*/Ragione sociale\*\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_  
Località di nascita (o Stato estero)\* \_\_\_\_\_ Prov.\* \_\_\_\_\_ Data di nascita\* \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/P. IVA\*\* \_\_\_\_\_ Persona politicamente esposta\*  Sì  No  
**Rapporto con il Contraente\*:**  Rapporti affettivi  Rapporto di lavoro/affari  Altro \_\_\_\_\_  
Indirizzo recapito fisico\*\*\* \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ N° tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATO (compilare specifico modulo di identificazione)**

**GENERICO**

Coniuge  Coniuge in difetto figli  Eredi legittimi  Altro (inserire codice) \_\_\_\_\_

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

Contatto terzo referente (indicare generalità e riferimenti di contatto) \_\_\_\_\_

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

# QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:  Breve - fino a 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

## DATI ECONOMICI

Durata anni  Decorrenza\*  Linea di Investimento \_\_\_\_\_ Livello di protezione  %

Il Contraente verserà un importo (eventuale sovrappremio e costi inclusi) di euro \_\_\_\_\_

quale premio:  Mensile  Bimestrale  Trimestrale  Quadrimestrale  Semestrale  Annuo  Unico

più eventuale versamento di apertura di euro \_\_\_\_\_

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

### Origine dei fondi

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 \_\_\_\_\_

\* In assenza di indicazione si intende la data indicata in Polizza.

## CAPITALI DA ASSICURARE

Caso morte/malattia euro\* \_\_\_\_\_ Capitale aggiuntivo \_\_\_\_\_ :  Small  Medium  Large  Premium

### Prestazioni aggiuntive:

Lesioni infortuni  Morte infortuni  Morte tutte cause  Invalidità e morte infortuni  Invalidità e morte tutte cause  Esonero pagamento premi

\* In assenza di indicazione si intende l'importo individuato in Polizza.

## IL CONTRAENTE DICHIARA DI:

- essere a conoscenza che la presente Proposta può non essere accettata da Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- 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;
- di dare  di NON dare il proprio **consenso alla trasmissione in formato elettronico** di tutte le comunicazioni previste per i rapporti di polizza intrattenuti con la Società. L'autorizzazione ha effetto anche sugli altri rapporti in essere tra il Contraente e la Società. **Il servizio di trasmissione della documentazione in via telematica sarà attivo solo a seguito della registrazione del Contraente nell'Area Clienti del sito [www.alleanza.it](http://www.alleanza.it).** Tale autorizzazione non costituisce consenso all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento.
- di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, qui confermati, sono necessari per la valutazione di coerenza/adequatezza della presente Proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative da me manifestate;
- di essere stato informato, attraverso il documento a lei fornito denominato Profilo Cliente, nell'ambito del servizio di consulenza fornito sulla base delle informazioni rese alla Società, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato in quanto adeguato alla mia tolleranza al rischio e alla mia capacità di sostenere le perdite, considerando la mia esperienza e conoscenza nell'ambito dell'investimento rilevante per tipo di prodotto, la mia situazione finanziaria e i miei obiettivi di investimento, ovvero in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura da me indicati;
- **essere a conoscenza che la presente Proposta non è valida come Polizza.**

Firma del Contraente (leggibile) \_\_\_\_\_

## SOGGETTO PAGANTE - Se diverso dal Contraente o dal Delegato in caso di Persona giuridica

Coincide con:  Assicurando  Altro soggetto (compilare la presente Sezione)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

M  F Località di nascita (o Stato estero) \_\_\_\_\_ Prov.  Data di nascita

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Seconda cittadinanza \_\_\_\_\_

Persona politicamente esposta:  Sì  No Professione (cod.)  Settore professionale (cod.)  Stato civile (cod.)

Rapporto con il Contraente:  Rapporti affettivi  Rapporto di lavoro/affari  Altro \_\_\_\_\_

Documento:  Carta d'identità  Passaporto  Patente N° \_\_\_\_\_ Data rilascio

Scadenza  Ente di rilascio \_\_\_\_\_ Luogo di rilascio \_\_\_\_\_

Residenza: Indirizzo \_\_\_\_\_ N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P.

Comune \_\_\_\_\_ Prov.  Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_

N° tel. \_\_\_\_\_ Cell./altro tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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

N° Civico \_\_\_\_\_ C.A.P.  Comune \_\_\_\_\_ Prov.  Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_

## DA COMPILARE CON I DATI DELLA SOCIETÀ SE IL SOGGETTO PAGANTE È UNA PERSONA GIURIDICA - Se diverso dal Contraente

Denominazione \_\_\_\_\_

ATECO  S.A.E.  Codice Fiscale  Partita IVA

Sede Legale \_\_\_\_\_ C.A.P.  Comune \_\_\_\_\_ Prov.

## MEZZI DI PAGAMENTO

In ottemperanza agli obblighi del Regolamento IVASS N° 5 del 16-10-2006 "Disciplina delle attività di intermediazione assicurativa" Art. 47 comma 3, è fatto divieto ai collaboratori di Alleanza Assicurazioni S.p.A. di accettare dai Clienti denaro contante come titolo di pagamento dei premi assicurativi. La Società accetta, salvo buon fine, quale mezzo di pagamento del premio quelli di seguito indicati.

### DEPOSITI CAUZIONALI E PREMI UNICI/VERSAMENTI AGGIUNTIVI

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

N° \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

**Bonifico bancario a valere su IBAN a me intestato**

Codice Paese CIN IBAN CIN ABI CAB Numero di conto corrente BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_  
BIC/SWIFT

**P.O.S.**

euro \_\_\_\_\_

**Reinvesto**

euro \_\_\_\_\_

Riscatto da ALLINVEST DI ALLEANZA N° Polizza \_\_\_\_\_  totale  parziale (importo netto) euro \_\_\_\_\_

### REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

nella qualità di Beneficiario delle Polizze indicate di seguito, richiedo che l'importo di euro \_\_\_\_\_, anziché essermi liquidato direttamente, venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta, verso il quale ho il seguente legame di parentela:

me stesso  marito/moglie/convivente  fratello/sorella  padre/madre  figlio/figlia  \_\_\_\_\_

#### Detto importo deriva da:

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Altro per euro \_\_\_\_\_

esistono altri reinvestimenti sulla stessa Proposta (vedi pag. 6 di 10)

Firma del Beneficiario (leggibile) \_\_\_\_\_

### RATE SUCCESSIVE (PREMI ANNUI O RICORRENTI)

Addebito diretto **Sepa Direct Debit - SDD** (compilare la sezione sottostante)

Invito a pagare - **MAV** inviato al recapito della Polizza (da pagare presso qualsiasi sportello bancario o postale)

**Assegno bancario o circolare** 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.

### MANDATO PER ADEBITO DIRETTO SEPA

Riferimento del mandato: **7 0 1 2 5 4** \_\_\_\_\_

Codice Identificativo Creditore: **I T 3 3 0 0 1 0 0 0 0 0 1 0 9 0 8 1 6 0 0 1 2** \_\_\_\_\_

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere alla banca del soggetto pagante l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla banca del soggetto pagante di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Alleanza Assicurazioni S.p.A.. 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.**

#### Soggetto pagante rate successive (Titolare c/c):

- **già identificato, se diverso dal Contraente/Delegato di Persona Giuridica:**  Assicurando

- **non precedentemente identificato** (compilare specifico Modulo): **Intestatario c/c Cognome e Nome** (in stampatello): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_  
Codice Paese CIN IBAN CIN ABI CAB Numero di conto corrente BIC/SWIFT

Preso visione dell'Informativa Privacy sul trattamento dei dati personali, in calce alla presente Proposta, relativamente all'utilizzo dei dati a fini contrattuali, prendo atto che per le finalità illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'Informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Soggetto pagante (leggibile) \_\_\_\_\_

Desidero attivare il pagamento tramite SDD anche sulle seguenti Polizze (indicare numero di Polizza e prime tre lettere del cognome del Contraente):

\_\_\_\_\_

Autorizzo a provvedere all'addebito dei premi relativi alla presente proposta sul conto di addebito già in essere per la Polizza N° \_\_\_\_\_.

Firma del Soggetto pagante (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) \_\_\_\_\_

Firma del Segnatore (leggibile) \_\_\_\_\_

## REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nella qualità di Beneficiario delle Polizze indicate di seguito, richiedo che l'importo di euro \_\_\_\_\_, anziché essermi liquidato direttamente,

venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta, verso il quale ho il seguente legame di parentela:  
 me stesso  marito/moglie/convivente  fratello/sorella  padre/madre  figlio/figlia  \_\_\_\_\_

Detto importo deriva da:

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Altro per euro \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario (leggibile) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, nella qualità di Beneficiario delle Polizze indicate di seguito, richiedo che l'importo di euro \_\_\_\_\_, anziché essermi liquidato direttamente,

venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta, verso il quale ho il seguente legame di parentela:  
 me stesso  marito/moglie/convivente  fratello/sorella  padre/madre  figlio/figlia  \_\_\_\_\_

Detto importo deriva da:

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Liquidazione della Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Restituzione Assegni - Polizza N° \_\_\_\_\_ per euro \_\_\_\_\_ Assegni N° \_\_\_\_\_

Altro per euro \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario (leggibile) \_\_\_\_\_

## RENDITA DA ASSICURARE

Euro \_\_\_\_\_ pagabile in rate posticipate:  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 CIN ABI CAB Numero di conto corrente

BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_  
BIC/SWIFT

## 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 e assegno circolare emesso dalle Filiali di Banca Unicredit: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Unicredit da parte della Società;
- assegno bancario/circolare tratto/emesso da/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.

## 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. 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. Il recesso ha l'effetto di liberare la Società e il Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento della suddetta lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato trattenendo le spese sostenute per l'emissione della Polizza riportate a tergo.

## 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 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.

## 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.



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

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

## UTILIZZO DEI DATI PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO FEA

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

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

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

## UTILIZZO DEI DATI A FINI COMMERCIALI E DI PROFILAZIONE

La informiamo inoltre che lei può autorizzare la Compagnia a trattare i suoi dati personali da lei forniti e/o acquisiti anche da terzi<sup>(4)</sup> (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute) per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

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

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

## DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

## TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

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

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

## COMUNICAZIONE DEI DATI

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE<sup>(5)</sup>.

## 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<sup>(6)</sup> 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](http://www.alleanza.it).

## NOTE:

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

## FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante legale (per le persone giuridiche), riportate in questa proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

### DICHIARAZIONE US-PERSON DEL CONTRAENTE

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

- il Contraente persona fisica, valutando la propria cittadinanza o eventuale residenza fiscale negli Stati Uniti d'America (status di contribuente U.S.A.),
  - il Legale rappresentante di Contraente persona giuridica, verificando la sede legale o la presenza di stabili organizzazioni negli Stati Uniti d'America,
- dichiara che il Contraente non è/è "US-Person" come definito dalla normativa fiscale americana.

In caso di risposta affermativa è necessario allegare il Modello "Form W-9" compilato e sottoscritto.

Il soggetto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione circa lo status fiscale dichiarato.

### CODICE GIIN (GLOBAL INTERMEDIARY IDENTIFICATION NUMBER)

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

### CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

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

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

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

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

### OBBLIGHI DEL CLIENTE

#### Art. 22 del D.Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesecutibile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
4. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

### PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

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

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

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
  - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
  - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
  - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
  - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
  - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;



- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
  - 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
  - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
  - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

**Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/2017**

I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

---

**TITOLARE EFFETTIVO E CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLO STESSO**

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

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

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 instaurato, 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**

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

---

**SANZIONI PENALI**

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

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

---

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nella presente proposta assicurativa e attesto che il modulo di Proposta risulta compilato e sottoscritto in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali. Dichiaro di autorizzare l'operazione.

Firma dell'Agente Generale (leggibile) \_\_\_\_\_

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

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 1° 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)
--------------	-----------------	---------------	------------------------------	------------------	--------------

### Malattie gravi - punto 5) Dichiarazioni dell'Assicurando

Tumore, ipertensione, malattie delle coronarie, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV.

### Interventi chirurgici che non è necessario dichiarare - punto 7) Dichiarazioni dell'Assicurando

Appendicectomia, tonsillectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, deviazione del setto nasale, colecistectomia avvenuta da oltre tre mesi, gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre un anno.

### Attività professionali pericolose - punto 10) Dichiarazioni dell'Assicurando

Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; ruspista, escavatorista, trattorista; addetto ai lavori di tornitura, fresatura, politura; elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; fonditore; vetraio soffiatore o tagliatore; lavoratore edile con accesso ad impalcature o tetti; 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 custodia, Vigili del Fuoco ed Urbani armati; addetti alla vigilanza armata; marittimo o pescatore di mare; tecnico di radiologia, chimico addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche e/o esplosive.

### Attività sportive pericolose - punto 10) Dichiarazioni dell'Assicurando

Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con autorespiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli, ciclismo agonistico, sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, pugilato agonistico, volo con deltaplano non a motore o parapendio.

## TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA TARIFFA

Prodotto	Prestazioni complementari/ Versione di prodotto	Tariffa	Prodotto	Prestazioni complementari/ Versione di prodotto	Tariffa
D'ORO DI ALLEANZA	Base	RO	VALORE ALLEANZA	Copertura infortuni	BASE
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale	RO P	VALORE ALLEANZA	Copertura ogni causa	FULL
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità	RO EPI	REINVESTO VALORE	Copertura infortuni	BASE
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale e Copertura Invalidità	RO P EPI	REINVESTO VALORE	Copertura ogni causa	FULL
EXTRA	Base	EXTRA	ALSIURO	Base a capitale costante	H
EXTRA	Small	EXTRA TCM 15	ALSIURO	Morte accidentale a capitale costante	H P
EXTRA	Medium	EXTRA TCM 20	ALSIURO	Base a capitale decrescente	I
EXTRA	Large	EXTRA TCM 30	ALRIPARO	Base a capitale costante	H DD
EXTRA	Premium	EXTRA TCM 40	ALRIPARO	Morte accidentale a capitale costante	HP DD
ALLORO	-	ALLORO	SMART CAPITAL	Base	SMART BASE
VALORE FUTURO	-	VALORE FUTURO	SMART CAPITAL LIGHT	Lesioni infortuni	SMART LIGHT
CAPITALIZZA DI ALLEANZA	-	CAPITALIZZA	SMART CAPITAL FULL	Lesioni e morte infortuni	SMART FULL

## TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione
K	Fratello	Y	Coniuge e figlie	D	Figlie	9	Coniuge in difetto figli	E	Figli
Z	Coniuge e figli	A	Coniuge	N	Genitori	V	Coniuge e figlio	W	Contraente
6	Coniuge in difetto figlio	O	Padre	1	Assicurato in difetto eredi legittimi	J	Fratelli	R	Vedasi appendice Mod. 296
U	Eredi testamentari	T	Eredi legittimi	8	Coniuge in difetto figlie	F	Fratelli e sorelle	C	Figlia
0	L'Assicurato stesso	X	Coniuge e figlia	M	Sorelle	B	Figlio		
Q	Come da proposta	H	Fratello e sorelle	7	Coniuge in difetto figlia	L	Sorella		
P	Madre	G	Fratello e sorella	S	Eredi legittimi e testamentari	I	Fratello e sorelle		