ITALIANA ASSICURAZIONI

AsSicura AGENZIA

PROPOSTA N. _____

Futuro Garantito Top

Tariffa **ITA499DT**

Intermediario _____ Cod. _____

Produttore _____ Cod. _____

Decorrenza polizza _____ ☐ Già inviata via fax

Dati identificativi del Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale* | Data di nascita/Costituzione | Luogo di nascita/Costituzione | Sesso

Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) | Indirizzo di Residenza / Sede - via | N.

Frazione di Residenza (eventuale) | CAP di Residenza | Comune di Residenza | Prov

Indirizzo di Corrispondenza / via | Frazione di Corrispondenza (eventuale) | CAP di Corrispondenza

Comune di Corrispondenza / via | Prov

Prefisso e telefono | Paese estero di residenza | Cittadinanza | Seconda Cittadinanza

Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale) | Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) | N. documento

È obbligatorio l'invio di un documento valido.

Rilasciato da | Località di rilascio | Data di rilascio | Data di scadenza

Persona politicamente esposta SI ☐ NO ☐ CATEGORIA P.E.P. (vedi informativa sul retro del modulo) _____

*In caso di Contraente "persona giuridica", si prega di compilare la "SCHEDA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE/TITOLARI EFFETTIVI", da allegare alla presente proposta.

Dati identificativi dell'eventuale esecutore per conto del Contraente (da compilare nel caso di contratto stipulato da un esecutore per conto di terzi soggetti)

Qualifica: ☐ Rappresentante legale ☐ Delegato ☐ Tutore

Cognome e nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Prov | Nazionalità

Codice fiscale | Sesso | Indirizzo di residenza

Comune | Prov | CAP | Paese | Residenza ai fini Fiscali (1)

Cittadinanza | Seconda Cittadinanza | Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) | N. documento

Data di rilascio/rinnovo | Data di scadenza | Rilasciato da | Località di rilascio

Relazioni tra Contraente ed esecutore: ☐ esecutore legato da rapporti di parentela o di affinità con il Contraente;
☐ esecutore legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare legame _____ ☐ Altro legame. Specificare legame _____

Assicurando (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Sesso

Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) | Codice fiscale

Residenza | N. | CAP | Frazione / Comune | Prov

Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) | N. documento | Data di rilascio/rinnovo | Data di scadenza

Rilasciato da | Località di rilascio

Persona politicamente esposta SI ☐ NO ☐

Ulteriori informazioni sull'Assicurando se riveste la qualifica di titolare effettivo in caso di contratto per conto altrui - ex art. 1891 c.c.

☐ Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:
- ☐ Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il Contraente.
- ☐ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare: _____
- ☐ Altro legame. Specificare: _____

Beneficiari (si raccomanda di privilegiare la designazione nominativa)

In caso di mancata indicazione del beneficiario nominativo, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa. In caso di morte dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

1

Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale/P.Iva | % di beneficio

Recapito | Indirizzo e-mail | ☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

2

Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale/P.Iva | % di beneficio

Recapito | Indirizzo e-mail | ☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

FAC SIMILE

3 Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale/P.Iva | % di beneficio

Recapito | Indirizzo e-mail | ☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

4 Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale/P.Iva | % di beneficio

Recapito | Indirizzo e-mail | ☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

5 Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale/P.Iva | % di beneficio

Recapito | Indirizzo e-mail | ☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

Beneficiario non nominativo (2) _____

Qualora il Contraente lo desideri, compilando l'apposito modulo è possibile indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario, al quale la Compagnia farà riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

In caso di Beneficiari plurimi, si prega di consegnare l'elenco con i dati identificativi.

Premio

Versamento unico — Importo del versamento unico (minimo Euro 5.000,00 e massimo Euro 500.000,00) Euro _____,

Importo complessivo dei versamenti futuri previsti (comprensivo del premio di emissione). Euro _____,

Opzione cedola di Liquidazione Ricorrente ☐ SI ☐ NO (Vedi art. 11 "Opzione di Liquidazione Ricorrente" delle Condizioni Contrattuali)

Compilare le seguenti informazioni solo se si intende usufruire della liquidazione delle "cedole".

Indicare le coordinate bancarie del conto corrente su cui accreditare le "cedole".

Coordinate in formato IBAN Paese | Checkdigit | CIN | ABI | CAB | N. C/C

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il pagamento dei premi - che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante - può essere effettuato tramite bonifico a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT57G0313801000000012611406, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino.

Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico (Il consenso non è riferibile all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento)

Con riferimento al presente contratto, il sottoscritto Contraente dichiara di **dare il proprio consenso** alla Compagnia affinché, nel corso del rapporto contrattuale, la stessa possa inviare la documentazione disponibile in formato elettronico (o le specifiche informazioni per il relativo recupero) al seguente indirizzo di posta elettronica, attualmente valido e regolarmente in uso. A tale proposito, il medesimo Contraente si impegna a comunicare ad Italiana Assicurazioni o all'Intermediario ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sotto indicato. La Compagnia si riserva, in caso di sopraggiunte difficoltà tecniche, di provvedere alla spedizione della documentazione anche in formato cartaceo.

Indirizzo e mail _____ **Firma del Contraente** ✗ _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

☐ Il Contraente dichiara di "NON avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA".

☐ Il Contraente dichiara di "avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa FATCA e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US)

Firma del Contraente ✗ _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: ☐ SI ☐ NO

(Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) ✗ _____

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: ☐ SI ☐ NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
- è un'Istituzione Finanziaria, o
- il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

Firma dell'esecutore per conto del Contraente ✗ _____

FAC SIMILE

Consenso al trattamento dei dati personali

☐ **Consenso necessario:**

il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione dell'informativa, al trattamento dei suoi dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 della stessa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Firma dell'Assicurando X _____

☐ **Consensi facoltativi:**

la Società puo ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'allegata informativa. Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo, la Società le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un SI o da un NO.

a) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria ☐ SI ☐ NO - tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) ☐ SI ☐ NO

b) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria ☐ SI ☐ NO - tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) ☐ SI ☐ NO

c) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria ☐ SI ☐ NO - tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) ☐ SI ☐ NO

d) per partecipare a rilevazioni della qualità di servizi, elaborazione di studi, indagini statistiche e ricerche di mercato, effettuati da soggetti terzi per conto della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria ☐ SI ☐ NO - tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) ☐ SI ☐ NO

e) per partecipare a concorsi e operazioni a premio:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria ☐ SI ☐ NO - tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) ☐ SI ☐ NO

f) per il compimento di attività di collocamento di servizi on line: ☐ SI ☐ NO

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) X _____

Informazioni per l'adeguata verifica della clientela

Il cliente dovrà fornire risposte precise ai quesiti sotto elencati. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità da parte della Compagnia, a dar seguito all'operazione richiesta.

a) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: ☐ Risparmio; ☐ Investimento; ☐ Protezione.

b) Indicare la prevalente provenienza dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione: ☐ Reddito da lavoro dipendente ☐ Reddito da lavoro autonomo ☐ Vincita ☐ Lascito/eredità/donazione ☐ Reddito da precedente occupazione/pensione ☐ Operazioni/ Rendite da immobili ☐ Utile societario/Reddito d'impresa ☐ Disinvestimento ☐ Reinvestimento ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni ☐ Scudo fiscale ☐ Altro (specificare) _____

ULTERIORI INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

Persona giuridica:

Tip. di Ragione sociale [3] da inserire obbligatoriamente in caso di Contraente "persona giuridica" _____

S.A.E. Cod. ( ) Descrizione _____ ATECO Cod. ( ) Descrizione _____

Persona fisica (tutti i termini sono da intendersi al maschile e al femminile):

☐ Dipendente ☐ Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.) ☐ Imprenditore ☐ Libero professionista ☐ Lavoratore autonomo ☐ Non occupato (disoccupato, casalinga, studente) ☐ Pensionato

S.A.E. Cod. ( ) Descrizione _____ T.A.E. (tipo di attività economica) Cod. ( ) Descrizione _____

Fascia di reddito (persona fisica)/fatturato (persona giuridica) del Contraente

Fascia Reddito annuo o Fatturato annuo:

☐ da Euro 0 a Euro 2.500 ☐ da Euro 2.501 a Euro 20.000 ☐ da Euro 20.001 a Euro 50.000 ☐ da Euro 50.001 a Euro 100.000 ☐ da Euro 100.001 a Euro 250.000 ☐ da Euro 250.001 a Euro 500.000 ☐ da Euro 500.001 a Euro 1.000.000 ☐ da Euro 1.000.001 a Euro 2.000.000 ☐ da Euro 2.000.001 a Euro 10.000.000 ☐ da Euro 10.000.001 a Euro 50.000.000 ☐ superiore a Euro 50.000.000

Ulteriori informazioni economiche per il Contraente (persona giuridica)

Risultato economico: ☐ Utile ☐ Perdita **Numero di esercizi in perdita:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o oltre

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

Luogo e data _____

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X _____

FAC SIMILE

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE
Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:
- **il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITK70043;**
- **il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITDA70043;**
- **le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70043.**

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

✗ _____

DICHIARO che i dati relativi al Contraente sono stati da me personalmente raccolti e di aver rilasciato copia della documentazione prevista dal Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (allegati 3 e 4). DICHIARO altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA.

Firma dell'Intermediario

_____

DICHIARO:
- **di aver ricevuto copia del documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari devono attenersi (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018);**
- **di aver ricevuto copia della dichiarazione contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività dallo stesso svolta (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018).**

Luogo e data

_____

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

✗ _____

Al fine di consentire la corretta emissione del contratto sottoscritto, prima di inviare il documento in Società verificare che tutti i campi siano stati compilati e le firme richieste siano state raccolte.

Ulteriori informazioni per l'adeguata verifica della clientela a cura dell'Intermediario

Modalità di svolgimento del rapporto continuativo: ☐ In presenza del cliente/legale rappresentante ☐ In presenza del solo delegato ☐ Mediante telefono o attraverso internet

Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto: ☐ Normale ☐ Riluttante a fornire informazioni sufficienti ☐ Il cliente ha chiesto di ristrutturare il rapporto o l'operazione perché l'originaria impostazione implicava l'identificazione o un supplemento di istruttoria ☐ Il cliente intende operare con modalità non usuali ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione

Compatibilità del rapporto/operazione con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente: ☐ Polizza/operazione compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente ☐ Polizza/operazione non compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente ☐ Non conoscenza della compatibilità

Documentazione raccolta che attesta i poteri dell'esecutore ovvero del soggetto che agisce in nome e per conto del Contraente (da compilare nell'eventualità che sia presente un esecutore diverso dal Contraente):
☐ Procura/Delega ☐ Delibera assemblea/C.d.A. ☐ Provvedimento giudice tutelare ☐ Statuto ☐ Visura camerale

Luogo e data

_____

Nominativo Rilevatore

✗ _____

Firma del Rilevatore

✗ _____

FAC SIMILE

Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016

1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative
La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, liquidazione delle prestazioni contrattuali, liquidazione dei sinistri o pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, nonché per assolvere obblighi di legge.

2. Modalità di trattamento dei dati personali
I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società si potrà avvalere di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società stessa eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, nonché con l'iter di archiviazione delle pratiche.

3. Comunicazione dei dati a soggetti terzi
I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.italiana.it. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo.

4. Trasferimento dei dati all'estero
I suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea e verso Paesi al di fuori dell'Unione Europea, sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti.

5. Diritti dell'interessato - (artt. 12 - 23 del Regolamento)
Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, o per entrare in contatto con il Responsabile della protezione dei dati, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it

6. Titolare del trattamento
Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18 - Milano.

FAC SIMILE

(1) Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA

Salvo eccezioni, ai fini della normativa FATCA si considera "residente fiscale negli Stati Uniti" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:
a. sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
b. sia residente stabilmente negli USA;
c. sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
d. abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
   1. 31 giorni nell'anno di riferimento e,
   2. 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
      - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
      - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
      - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

(2) **INDICARE I BENEFICIARI IN BASE AI RELATIVI CODICI:**
Cod. 1 - L'Assicurato - **Cod. 2** - Il Contraente - **Cod. 3** - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 4** - I figli nati e nasciturі dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 5** - Il coniuge dell'Assicurato - **Cod. 6** - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nasciturі in parti uguali - **Cod. 7** - I genitori dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 8** - Vincolo a favore di terzi (indicare nome e cognome o ragione sociale). Qualora nessuna di tali forme corrispondesse alle esigenze, indicare comunque cognome e nome dei beneficiari per esteso negli appositi spazi.

(3) **INDICARE LA TIPOLOGIA DI RAGIONE SOCIALE IN BASE AI RELATIVI CODICI:**
0 Ditta Individuale; **1** Società in nome collettivo (Snc); **2** Società in accomandita semplice (Sas); **3** Società a Responsabilità limitata (Srl); **4** Società per Azioni (Spa); **5** Società in accomandita per Azioni (Sapa); **6** Cooperativa; **7** Altre Associazioni; **8** Non profit/strutture analoghe; **9** Soc. semplici (S.s.); **10** Condominio; **11** Trust/Strutture analoghe; **12** Enti religiosi.

Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. n. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo IN MATERIA DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge (D.Lgs. n. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017) in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.
Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato. 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 per adempiere ad obblighi di legge.
L'esercizio dei diritti inerenti i dati forniti è disciplinato dal Regolamento (UE) n. 679/2016 cui si rinvia.
Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A.
L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile nel sito internet della Società all'indirizzo www.italiana.it.

Obblighi del cliente
Art. 22 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

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 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, 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 o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

Obbligo di astensione
Art. 42 comma 1, 2 e 4 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

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), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale 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, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale 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 nè verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Sanzioni penali
Art. 55, comma 3 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

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.

Titolare effettivo
Art. 1 comma 2 lettera pp) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017
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. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

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.

Persone politicamente esposte
Art. 1 comma 2 lettera dd) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017
Persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonchè i loro familiari e 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 nonchè cariche analoghe in Stati esteri; 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonchè 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 nonchè 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: 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 nonchè 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. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017
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.

Beneficiario
Art. 1 comma 2 lett. e) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017
Beneficiario della prestazione assicurativa:

1. la persona fisica o l'entità diversa da una persona fisica che, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, ha diritto di percepire la prestazione assicurativa corrisposta dall'impresa di assicurazione;
2. l'eventuale persona fisica o entità diversa da una persona fisica a favore della quale viene effettuato il pagamento su disposizione del beneficiario designato.

FACSIMILE

Mod. VITP70043 - Ed. 01/2019 - rist. 01/2019

ITALIANA ASSICURAZIONI

MODULO ALLEGATO ALLA PROPOSTA N. _____

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____

Intemediario (Cognome e nome) _____

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare le Sue esigenze assicurative, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe pregiudicare l'individuazione del contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.
L'eventuale rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste, dovrà risultare da apposita dichiarazione da Lei sottoscritta. Tale rifiuto pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.

A. Informazioni anagrafiche

A1. Nome e cognome/Ragione sociale _____

A2. Data di nascita del contraente _____

A3. Legale Rappresentante _____

A4. Data di nascita del Legale rappresentante _____

B. Informazioni sullo stato occupazionale o sull'attività

B1. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

☐ Occupato con contratto a tempo indeterminato
☐ Autonomo / libero professionista
☐ Pensionato
☐ Occupato con contratto a tempo determinato, di apprendistato, di somministrazione di lavoro ecc.
☐ Non occupato
☐ (Per le persone giuridiche) Settore di attività

C. Valutazione delle esigenze del contraente

C1. Quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire con il contratto?

☐ Risparmio/investimento
☐ Previdenza/pensione complementare
☐ Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)

C2. Qual è l'orizzonte temporale in cui intende realizzare i suddetti obiettivi?

☐ Breve (fino a 5 anni compresi)
☐ Medio (superiore a 5 anni e fino a 10 anni compresi)
☐ Lungo (superiore a 10 anni)

C3. Intende perseguire i Suoi obiettivi assicurativi attraverso:

☐ Versamenti periodici
☐ Versamento unico

C4. Qual è il patrimonio disponibile all'investimento? Euro

D. Informazioni sulla conoscenza ed esperienza finanziaria

D1. Qual è il Suo grado di conoscenza in materia di investimenti in strumenti finanziari?

☐ Scarso/generico
☐ Medio/alto

D2. Con quale frequenza/periodicità ha investito nei prodotti finanziari?

☐ Nessuna
☐ Settimanale/Mensile
☐ Trimestrale/Semestrale
☐ Annuale

D3. E' a conoscenza che i prodotti finanziari-assicurativi possono investire in quote di fondi (interni o esterni) oppure hanno prestazioni collegate all'andamento di una determinata attività denominata Gestione Separata?

☐ SI ☐ NO

D4. E' a conoscenza che tali investimenti possono anche comportare perdite del capitale investito?

☐ SI ☐ NO

FAC SIMILE

MODULO ALLEGATO ALLA PROPOSTA N. _____

E. Informazioni sulle persone da tutelare

E1. Lei ha eventuali soggetti da tutelare (familiari a carico o altri soggetti)? Rispondere NO nel caso di persona giuridica

☐ SI ☐ NO

(per persone giuridiche) Quanti dipendenti ha l'Impresa?

☐ Meno di 5
☐ Da 6 a 15
☐ Da 16 a 50
☐ Più di 50

F. Informazioni sulla attuale situazione assicurativa

F1. Se attualmente il Contraente è titolare di contratti assicurativi vita, quali tra questi obiettivi perseguono?

☐ Risparmio/investimento
☐ Previdenza/pensione complementare
☐ Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)
☐ Nessuna copertura assicurativa vita

G. Informazioni sulla situazione finanziaria

G1. Qual è la capacità di risparmio medio annuo del Contraente, al netto degli investimenti da Lei già effettuati (ad esempio investimenti previdenziali, immobiliari, ...)?

☐ Fino a 5.000,00 euro
☐ Da 5.000,00 a 15.000,00 euro
☐ Oltre 15.000,00 euro

EVENTUALI INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SULLA SITUAZIONE FINANZIARIA

G2. Quale delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei Suoi redditi personali (per contraenti persone fisiche)/dei redditi dell'Impresa (per contraenti persone giuridiche)

☐ In crescita
☐ Stazionaria
☐ In diminuzione

H. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto

H1. Quali sono la Sua propensione al rischio e conseguentemente le Sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

☐ Bassa (non sono disposto/a a sopportare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza sono disposto/a ad accettare rendimenti modesti ma sicuri alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato)

☐ Media (sono disposto/a sopportare oscillazioni limitate del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare probabili rendimenti contenuti alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato)

☐ Alta (sono disposto/a a sopportare oscillazioni anche elevate del valore dell'investimento nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti, con la consapevolezza che ciò comporta dei rischi di perdita del capitale investito)

H2. Qual è la probabilità di aver bisogno dei Suoi risparmi/del capitale investito nei primi anni di contratto?

☐ Bassa
☐ Alta

Luogo e data	Firma del Dichiarante (potenziale Contraente)	Firma dell'Intermediario per acquisizione delle dichiarazioni rilasciate
_____	✗ _____	✗ _____

FAC SIMILE

ITALIANA ASSICURAZIONI

MODULO ALLEGATO ALLA PROPOSTA N. _____

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____

Intemediario (Cognome e nome) _____

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare le Sue esigenze assicurative, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe pregiudicare l'individuazione del contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.
L'eventuale rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste, dovrà risultare da apposita dichiarazione da Lei sottoscritta. Tale rifiuto pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.

INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

Cognome e nome/ragione sociale _____

Persona fisica

Località di nascita _____ Data di nascita _____

N° telefono fisso _____ N° telefono cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Persona giuridica

Legale Rappresentante _____

Settore di attività _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INAPPROPRIATEZZA
L'Intermediario informa il Contraente che il prodotto non risponde alle Sue richieste ed esigenze. I principali motivi di tale mancata corrispondenza sono:

_____

_____

Firma dell'Intermediario

X _____

Dichiaro di voler comunque sottoscrivere il contratto.

Firma del Dichiarante (potenziale Contraente)

X _____

Luogo e data

_____

FAC SIMILE

ITALIANA ASSICURAZIONI

MODULO ALLEGATO ALLA PROPOSTA N. _____

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____

Intemediario (Cognome e nome) _____

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare le Sue esigenze assicurative, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe pregiudicare l'individuazione del contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.
L'eventuale rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste, dovrà risultare da apposita dichiarazione da Lei sottoscritta. Tale rifiuto pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le Sue richieste ed esigenze.

INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

Cognome e nome/ragione sociale _____

Persona fisica

Località di nascita _____ Data di nascita _____

N° telefono fisso _____ N° telefono cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Persona giuridica

Legale Rappresentante _____

Settore di attività _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE
Si informa il Contraente che il rifiuto di rispondere alle domande riportate nel presente questionario o ad alcune di esse, pregiudica la capacità dell'Intermediario di valutare la rispondenza del prodotto alle esigenze del Contraente.

_____

_____

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante (potenziale Contraente) X _____

Firma dell'Intermediario per acquisizione delle dichiarazioni rilasciate X _____

FAC SIMILE

ITALIANA ASSICURAZIONI

MODULO ALLEGATO ALLA PROPOSTA N. _____

SCHEDA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO

In ottemperanza dell'art. 21 D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017, consapevole delle conseguenze relative a dichiarazioni false e mendaci, il soggetto dichiara che il/i titolare/i effettivo/i sono:

Titolare Effettivo 1

Cognome e Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____ Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Domicilio _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
(se diverso da residenza)

Paese _____ Residenza ai fini fiscali (1) _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ Rilasciato da _____ il _____
(allegato in copia leggibile)

Data di scadenza _____ Persona politicamente esposta ❒ **NO** ❒ **SI** CAT. P.E.P. _____

Ulteriori informazioni sul titolare

❒ Persona fisica alla quale è attribuibile, in ultima istanza la proprietà diretta o indiretta dell'ente o il relativo controllo alla luce dei criteri di cui all'art. 20 D.Lgs. 231/2007 come modificato dall'art. 2 D.Lgs. 90/2017.

❒ Persona o persone fisiche titolari dei poteri di amministrazione o direzione.

❒ Assicurato in caso di polizza collettiva per conto altrui.

Note _____

❒ Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:

- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente.
- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente. Specificare _____
- ❒ Altro legame. Specificare _____

Titolare Effettivo 2

Cognome e Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____ Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Domicilio _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
(se diverso da residenza)

Paese _____ Residenza ai fini fiscali (1) _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ Rilasciato da _____ il _____
(allegato in copia leggibile)

Data di scadenza _____ Persona politicamente esposta ❒ **NO** ❒ **SI** CAT. P.E.P. _____

Ulteriori informazioni sul titolare

❒ Persona fisica alla quale è attribuibile, in ultima istanza la proprietà diretta o indiretta dell'ente o il relativo controllo alla luce dei criteri di cui all'art. 20 D.Lgs. 231/2007 come modificato dall'art. 2 D.Lgs. 90/2017.

❒ Persona o persone fisiche titolari dei poteri di amministrazione o direzione.

❒ Assicurato in caso di polizza collettiva per conto altrui.

Note _____

❒ Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:

- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente.
- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente. Specificare _____
- ❒ Altro legame. Specificare _____

FAC SIMILE

Titolare Effettivo 3

Cognome e Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____ Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Domicilio _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
(se diverso da residenza)

Paese _____ Residenza ai fini fiscali (1) _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ Rilasciato da _____ il _____
(allegato in copia leggibile)

Data di scadenza _____ Persona politicamente esposta ❒ **NO** ❒ **SI** CAT. P.E.P. _____

Ulteriori informazioni sul titolare

❒ Persona fisica alla quale è attribuibile, in ultima istanza la proprietà diretta o indiretta dell'ente o il relativo controllo alla luce dei criteri di cui all'art. 20 D.Lgs. 231/2007 come modificato dall'art. 2 D.Lgs. 90/2017.

❒ Persona o persone fisiche titolari dei poteri di amministrazione o direzione.

❒ Assicurato in caso di polizza collettiva per conto altrui.

Note _____

❒ Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:

- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente.
- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente. Specificare _____
- ❒ Altro legame. Specificare _____

Titolare Effettivo 4

Cognome e Nome _____ Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____ Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Domicilio _____ Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
(se diverso da residenza)

Paese _____ Residenza ai fini fiscali (1) _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____ Rilasciato da _____ il _____
(allegato in copia leggibile)

Data di scadenza _____ Persona politicamente esposta ❒ **NO** ❒ **SI** CAT. P.E.P. _____

Ulteriori informazioni sul titolare

❒ Persona fisica alla quale è attribuibile, in ultima istanza la proprietà diretta o indiretta dell'ente o il relativo controllo alla luce dei criteri di cui all'art. 20 D.Lgs. 231/2007 come modificato dall'art. 2 D.Lgs. 90/2017.

❒ Persona o persone fisiche titolari dei poteri di amministrazione o direzione.

❒ Assicurato in caso di polizza collettiva per conto altrui.

Note _____

❒ Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:

- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente.
- ❒ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente. Specificare _____
- ❒ Altro legame. Specificare _____

(1) Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA

Salvo eccezioni, ai fini della normativa FATCA si considera "residente fiscale negli Stati Uniti" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

a. sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
b. sia residente stabilmente negli USA;
c. sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
d. abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
   1. 31 giorni nell'anno di riferimento e,
   2. 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
      - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
      - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
      - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

Luogo e data _____ **Firma del Contraente/esecutore per conto del Contraente** _____

FAC SIMILE