

Titutela Premio Annuo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE A VITA INTERA CON RIVALUTAZIONE DEL CAPITALE.

MODULO DI PROPOSTA

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

ITALIANA ASSICURAZIONI

PROPOSTA N. _____

Titutela Premio Annuo

☐ **Premio costante::** Tariffa **ITA54RC**
☐ **Premio rivalutabile:** Tariffa **ITA54R**

INTERMEDIARIO _____ CUC/Cod. _____
INTERMEDIARIO 2 _____ Subagenzia _____
INTERMEDIARIO 3 _____ Decorrenza polizza _____

Dati identificativi del Contraente

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

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

☐ Da barrare qualora l'indirizzo di corrispondenza/domicilio differisca dall'indirizzo di residenza. È necessario compilare l'apposito modulo; in mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza.

Frazione (eventuale) | CAP | Comune | 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) **È obbligatorio l'invio di un documento valido.** | N. documento

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 M F | 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 M F

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

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

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) _____

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

Referente terzo

Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale

Indirizzo | Località | CAP | Provincia | Indirizzo email

Caratteristiche contrattuali

Capitale assicurato iniziale Euro | **Premio annuo iniziale comprensivo dei diritti di quietanza (pari a Euro 2,00)*** | Età dell'assicurando | Durata

(premio minimo, al netto di eventuali interessi di frazionamento, Euro 1.200,00)

*Questo importo, aumentato del premio della eventuale Garanzia Complementare e Facoltativa, dovrà essere riportato nell'apposito spazio riservato al premio.

Garanzie Complementari

Assicurazione Complementare per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente ☛ Sez. 3/A — SI NO

Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante (il premio della presente garanzia non dovrà superare il 50% del premio della polizza base) ☛ Sez. 3/C — SI NO

Capitale da assicurare Euro | Premio annuo Euro

Assicurazione Complementare per il caso di morte da infortunio ☛ Sez. 3/B — SI NO

Assicurazione Complementare "Salvavita" per il caso di malattia grave (capitale massimo Euro 220.000,00 - validità massima 10 anni) *Sez. 3/C — SI NO

Estensione Garanzia Salvavita (Invalidità Totale Permanente generica) — SI NO

Capitale da assicurare Euro | Premio annuo Euro

Premio

Premio annuo totale iniziale, comprensivo della garanzia complementare facoltativa scelta, Euro _____

da corrispondersi con rateazione: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

N.B.: Nel caso in cui non venisse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento del premio annuale.

Spese di emissione **Euro 2,00**

Se si tratta di reinvestimento indicare numero di polizza in scadenza/scaduta _____

SIMILE

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 una delle seguenti modalità:

- 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;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
- attivazione della procedura SDD solo per le rate successive alla prima;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato all'Agenzia, solo per importi inferiori a 15.000,00 Euro (50.000,00 Euro in caso di compilazione della proposta tramite sistemi informatici);
- bancomat/Carta di credito.

Attenzione: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'impresa, ovvero all'agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.

FAC

Revocabilità della proposta e diritto di recesso del Contraente ☛ Per le modalità di esercizio si rimanda alle Condizioni di Assicurazione

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando

Io sottoscritto

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me rese - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui al questionario A sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
- **PROSCIOLGO** dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- **PRENDO ATTO** che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
- **PRENDO ATTO** che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- **PRENDO ATTO** che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.
- AVVERTENZE:
  - **a)** **le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
  - **b)** **anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente) ✗ _____

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.

Firma del Contraente ✗ _____

Indirizzo e mail _____

A - Dichiarazioni dell'Assicurando e questionario sanitario (si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate)

a) L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruisce di pensione di invalidità? SI NO — Per quale motivo? Quando?

b) In precedenza Le è mai stata rifiutata o rimandata una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi, oppure è stata accettata a condizioni speciali? SI NO — Quando? Per quale motivo?

(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.

c)	L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, o nell'esercizio di attività extraprofessionali e/o di volontariato, è esposto a speciali pericoli? (esempio: contatti con materie venefiche e/o esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti, pilota di velivoli in genere, forze dell'ordine, pompiere, guida montana, giornalista/ fotografo inviato speciale, stuntman, volontario con missioni all'estero, etc)	SI NO	Quale?
d)	L'Assicurando pratica sport?	SI NO	Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente?
e)	L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici?	SI NO	
f)	Altezza e peso attuali	Altezza: cm |_|_|_|	Peso: kg |_|_|_|

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "Sì", è obbligatorio compilare anche le domande riportate nella colonna di destra per consentire una corretta e completa valutazione.

1.	Ai Suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di malattie del cuore o circolatorie, ictus, diabete, tumori maligni, malattie renali, malattie nervose o mentali prima dell'età di 60 anni?	SI NO	Quali malattie (in caso di tumore specificare la parte interessata)? Quando? A quale età è stata riscontrata la malattia? A quali persone? Sono ancora in vita?
2.	È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc.?	SI NO	Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo?
3.	Si è mai sottoposto a test e analisi speciali inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B o AIDS?	SI NO	Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo?
4.	Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri)?	SI NO	Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo?
5.	Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico?	SI NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Per quale motivo? Con quale esito?
6.	Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? È attualmente in cura?	SI NO	Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
7.	Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?	SI NO	Quali? Qual è la causa?
8.	Ha sofferto o soffre di malattie:	SI NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia?
	dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato osteo-articolare? (artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	del sistema endocrino-metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	cancro o altri tumori maligni?	SI NO	

FAC SIMILE

Luogo e data _____ **Firma dell'Assicurando** ✗_____

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 ✗_____

Consenso al trattamento dei dati personali

☐ **Consenso necessario:** il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati), presta il suo consenso, al trattamento dei 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 ✗_____

☐ **Consensi facoltativi per attività commerciali e di marketing:** la Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente 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 personali con riferimento a specifiche finalità apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no. Il suo eventuale consenso costituisce la base giuridica per il trattamento dei dati in relazione a dette finalità.

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) ✗ _____

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 titolare effettivo diverso 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) ✗ _____

FAC SIMILE

Spazio riservato all'Intermediario

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento)

ritira: ☐ Bonifico ☐ Assegno bancario ☐ Assegno circolare ☐ Bancomat/Carta di credito ☐ Reinvestimento **Intestato a:** ☐ Italiana Assicurazioni S.p.A ☐

dell'importo di Euro _____

☐ **BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO** ☐ **BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN AGENZIA** ☐ **BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN DIREZIONE**

In caso di bonifico a favore di Italiana Assicurazioni, la causale* è _____

Firma dell'Intermediario ✗ _____

* compilare la causale inserendo:
- C.F. del Contraente (16 caratteri) e Numero di Proposta (9 cifre)
- P.IVA del Contraente (11 caratteri), Numero di Proposta (9 cifre) e 5 "x".

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE
Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:
- il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITK70009AC/AR;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITDA70009;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70009.

Firma 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.
DICHIARO altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA e CRS.

Firma dell'Intermediario _____

DICHIARO:
- **di aver ricevuto e preso visione del documento riepilogativo "Informativa sul distributore" (allegato 3), del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo" (allegato 4-bis) e del documento "Elenco delle regole di comportamento del distributore" nel caso di offerta fuori sede o di vendita a distanza (Allegato 4-ter) 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** ✗ _____

[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 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, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i 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, per assolvere ad obblighi di legge.

2. Base giuridica del trattamento
In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall' esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata
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 potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed 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, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. 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 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. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero
I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

6. 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, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@italiana.it.

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

FAC - SIMILE

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 attraverse 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.
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.

FAC SIMILE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. VITPX70009 - ed. 03/2021

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.