



PROFILO CLIENTE N. MODULO DI PROPOSTA N. STIPULATA IL CONVENZIONE

Contraente persona fisica

COGNOME NOME SESSO ☐ M ☐ F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) LOCALITÀ CAP PROV. PAESE

CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) PRESSO (facoltativo) LOCALITÀ CAP PROV. PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio) PRESSO (facoltativo) LOCALITÀ CAP PROV. PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) ☒ Sì ☐ No

Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'art. 1 del D.Lgs. 231/2007.

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza) PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da Italia)

TAE

Controente diverso da persona fisica o Ditta Individuale

DENOMINAZIONE

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

FORMA GIURIDICA DELLA SOCIETÀ

Se forma giuridica della Società è ONLUS/NO PROFIT, indicare di seguito la classe di beneficiari a cui è dedicata l'attività dell'azienda:

INDIRIZZO SEDE LEGALE

COMUNE

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA

COMUNE

CAP

PROV.

PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)

PRESSO (facoltativo)

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

DATA COSTITUZIONE PROVINCIA DI COSTITUZIONE

ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI

NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE

PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PRIMO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

SECONDO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

TERZO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

ATECO

SAE

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa*", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime?

☐ SÌ ☐ NO

* Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.

Profilo economico del Controente

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:

☐ Da € 0 a € 20.000,00

☐ Da € 250.001,00 a € 500.000,00

☐ Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00

☐ Da € 20.001,00 a € 50.000,00

☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

☐ Oltre € 50.000.000,00

☐ Da € 50.001,00 a € 100.000,00

☐ Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00

☐ Da € 100.001,00 a € 250.000,00

☐ Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona fisica):

☐ Da € 0 a € 50.000,00

☐ Da € 150.001,00 a € 500.000,00

☐ Oltre € 1.000.000,00

☐ Da € 50.001,00 a € 150.000,00

☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona diversa da persona fisica):

☐ Da € 0 a € 20.000,00

☐ Da € 250.001,00 a € 500.000,00

☐ Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00

☐ Da € 20.001,00 a € 50.000,00

☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

☐ Oltre € 50.000.000,00

☐ Da € 50.001,00 a € 100.000,00

☐ Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00

☐ Da € 100.001,00 a € 250.000,00

☐ Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00

Risultato economico*: ☐ Utile/Pareggio ☐ Perdita

Numero esercizi in perdita*: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o oltre

* Da compilare con riferimento alla sola persona diversa da persona fisica.

Dati dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. legale rappresentante o procuratore).

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA		SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo di documento:
 ☐ Carta d'identità
 ☐ Patente auto
 ☐ Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale |
| <input type="checkbox"/> Affinità | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità |
| <input type="checkbox"/> Coniugio | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore:

- ☐ Procura/Delega
 ☐ Delibera assembleare/C.d.A.
 ☐ Atto costitutivo/ Statuto
 ☐ Visura camerale

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) ☒ SÌ ☐ NO

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TAE	
<input type="text"/>	

Dati dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA		SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Rapporto con il Contraente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale |
| <input type="checkbox"/> Affinità | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità |
| <input type="checkbox"/> Coniugio | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

FAC-SIMILE

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa Visita medica: ☐ SI ☐ NOSoggetto fumatore: ☐ SI ☐ NOCapitale assicurato €

- | | | | |
|--------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | { | Garanzia Extracapitale per decesso da infortunio | <input type="text"/> € |
| | | Garanzia Extracapitale per decesso da incidente stradale | <input type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> | | Garanzia Invalidità Totale Permanente | <input type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> | | Garanzia Malattie Gravi | <input type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> | { | Garanzia Infortunio | <input type="text"/> € (massimale) |
| | | Garanzia Infortunio con Invalidità \geq 25% | <input type="text"/> € |

Durata copertura cifre lettere La durata pagamento premi coincide con la durata della copertura.

Frazionamento del premio: 01 annuale 02 semestrale 12 mensileRata di perfezionamento € Premio annuo €

Modalità di pagamento

Premio iniziale:

☐ Bonifico bancario☐ Carta di Credito

(solo in caso di premio annuo pari o inferiore a € 1.000)

Premi successivi:

☐ SDD

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario o carta di credito intestati a:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	RAPPORTO CON IL CONTRAENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se il metodo pagamento premi successivi "SDD":

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

IBAN: Banca: Intestato a: Riferimento del mandato:

Azienda creditrice:

Nome/ragione sociale: Genertel S.p.A.

Codice Fiscale: 00320160237

Codice identificativo: IT431010000000320160237

Indirizzo: VIA MACHIAVELLI 4 - 34132 - TRIESTE (TS) ITALIA

L'intestatario del conto autorizza Genertel S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertel S.p.A. L'intestatario del conto ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Questionario Sanitario Assicurando (per proposte senza visita medica)

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

ALTEZZA _____	PESO _____	Fumi o hai smesso di fumare da meno di 2 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° sigarette _____
---------------	------------	---	---	--------------------

1. Ti è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente superiore al 10%?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Soffri o hai sofferto di qualche malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.1 Soffri o hai mai sofferto di pressione alta e non hai problemi cardiologici?	<input type="checkbox"/> NO
	PA ≤ 140/90
	140/90 < PA < 160/100
	PA ≥ 160/100
2.2 Hai o hai avuto valori di colesterolo alto?	<input type="checkbox"/> NO
	RAPPORTO < 5
	5 ≤ RAPPORTO < 6
	6 ≤ RAPPORTO < 7
	RAPPORTO ≥ 7
2.3 Soffri o hai mai sofferto di diabete?	<input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> NO
2.4 Soffri o hai mai sofferto di malattie benigne della tiroide?	<input type="checkbox"/> SI
2.5 Hai o hai avuto valori di trigliceridi alti?	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> SI
2.6 Soffri o hai mai sofferto di malattie psichiche e/o malattie psichiatriche (es. ansia, depressione, schizofrenia,...)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.7 Soffri o hai mai sofferto di tumore maligno, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, cirrosi epatica, artrite reumatoide, colite ulcerosa, infezione da HIV, infezione da Covid con ospedalizzazione o con sequele, parkinson, alzheimer, sclerosi multipla, epilessia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie diverse da quelle già riportate?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Fai uso abituale di farmaci per malattie? Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata malattia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS, antidolorifici per mal di testa assunti al bisogno Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.1 Eutirox o equivalenti farmaci per la tiroide, farmaci per pressione, colesterolo, rialzo trigliceridi, diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.2 Farmaci per altre malattie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Bevi o bevevi in passato più di 4 bicchieri di alcolici al giorno e/o fai o hai fatto uso di stupefacenti? (vino: 1 bicchiere= 125 ml; birra: 1 bicchiere= 1/2 pinta= 300 ml; superalcolico: 1 bicchierino= 30 ml) Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.1 In passato alcol e/o stupefacenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.2 Oggi alcol e/o stupefacenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.3 Oggi o in passato cannabinoidi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>5. Sei mai stato ricoverato o prevedi ricoveri per interventi? Non occorre dichiarare: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, varicocele, deviazione del setto nasale, intervento ai turbinati, parto e/o aborto non collegato a malattia maligna, asportazione cisti benigne, asportazione di polipi benigni, asportazione ernia, laparocele, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee, artroscopie, cataratta, correzione della miopia, estrazioni dentarie, safenectomia, tumori cutanei benigni (nevo benigno, cheratosi, cheratoacantoma, istiocitoma, acantoma), colecistectomia in assenza di neoplasia, calcolosi renali senza complicanze.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>5.1 Ricovero o intervento previsto nei prossimi 3 mesi</p> <p>5.2 Ricovero o intervento eseguito da più di 3 mesi</p> <p>5.3 Ricovero o intervento eseguito da meno di 3 mesi</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO						
SI	NO						
SI	NO						
<p>6. Hai effettuato o hai in programma di effettuare accertamenti diagnostici come radiografia, risonanza magnetica, tac, ecografia, mammografia, pap-test, coronarografia, angiografia, endoscopia, colonscopia, gastroscopia?</p> <p>NON occorre dichiarare esami dovuti ai ricoveri e interventi chirurgici elencati nella precedente domanda 5.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>6.1 Eseguiti per normale prevenzione e/o senza riscontro di situazioni di malattia</p> <p>6.2 Eseguiti per approfondimenti di malattie riscontrate o sospette</p> <p>6.3 Da eseguire nei prossimi 3 mesi per malattia riscontrata o sospetta malattia</p>	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SI	NO						
SI	NO						
SI	NO						

<p>DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AfferMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE</p>
<p>1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio</p> <hr/> <hr/> <hr/>

Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando, o Esecutore, dichiarano:

- a. che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b. che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c. che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni contrattuali.

Data e luogo _____ **X** _____ **X** _____
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente (o Esecutore)

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso Genertel. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso Genertel. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato, diminuito delle imposte e della parte relativa al rischio corso.

Beneficiari CASO MORTE

		COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*		
		DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Il beneficiario nominato è*:

- ☐ un Trust, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
- ☐ una Fondazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
- ☐ una Fiduciaria di amministrazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
- ☐ Nessuna delle precedenti

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa***", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime? ☐ SÌ ☐ NO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) ☐ SÌ ☐ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

- ☐ email _____ ☐ telefono _____
- ☐ indirizzo di corrispondenza _____

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

*** Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G*	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)	NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Il beneficiario nominato è*:

- ☐ un Trust, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ una Fondazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ una Fiduciaria di amministrazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ Nessuna delle precedenti

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa***", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime? ☐ SÌ ☐ NO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui in ottiene notoriamente stretti legami) ☐ SÌ ☐ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

- ☐ email _____ ☐ telefono _____
☐ indirizzo di corrispondenza _____

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

*** Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.

<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G*	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)	NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Il beneficiario nominato è*:

- ☐ un Trust, specificare: Forma giuridica della società |_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ una Fondazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ una Fiduciaria di amministrazione, specificare: Forma giuridica della società |_|_| SAE |_|_|_|_|
☐ Nessuna delle precedenti

La Società presenta una "Catena Partecipativa Complessa***", ovvero è controllata da forme societarie a maggior rischio come Trust, Fiduciarie o Società Anonime? ☐ SÌ ☐ NO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) ☐ SÌ ☐ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

- ☐ email _____ ☐ telefono _____
☐ indirizzo di corrispondenza _____

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

*** Il concetto di "Catena Partecipativa Complessa" descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie ritenute a maggior rischio, quali Società Anonime, Trust e Fiduciarie.

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

Gli eredi legittimi dell'Assicurato;	A <input type="checkbox"/>
Il Contraente;	B <input type="checkbox"/>
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	C <input type="checkbox"/>
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	D <input type="checkbox"/>
I figli nati o nascituri dell'Assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	E <input type="checkbox"/>
I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato stesso;	F <input type="checkbox"/>

Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	G <input type="checkbox"/>
Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	H <input type="checkbox"/>
Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	L <input type="checkbox"/>

* Scelta possibile solo se il Contraente è diverso dall'Assicurato.

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario la Compagnia potrà, in contrapposizione, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

☐ email ☐ telefono

☐ indirizzo di corrispondenza

NB: l'opzione "Instant Benefit" è attivabile solo nel caso in cui i Beneficiari sopra riportati siano indicati in modo puntuale (cognome, nome, codice fiscale).

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

Beneficiario caso vita per le garanzie: Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità (se selezionate in fase di sottoscrizione)

L'Assicurato

Titolare effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)**1° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐☐

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

2° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐☐

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

3° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐☐

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

4° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐☐

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni)**Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo**

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Proposta (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

☐ Investimento ☐ Risparmio ☐ Protezione

Origine delle somme versate:

☐ Lavoro Dipendente

☐ Lavoro Autonomo

☐ Vincita

☐ Lascito / Eredità / Donazione

☐ Cliente reddituario da precedente occupazione /Pensione

☐ Rendita da immobili

☐ Utile societario / Reddito d'Impresa

☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni

☐ Scudo Fiscale / Voluntary Disclosure

☐ Divorzio

☐ Altro (specificare) _____

Paese di provenienza delle somme versate: _____

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg: ☐ SÌ ☐ NO

Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 Euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

☐ il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di Proposta denominata "Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica ad eccezione delle società quotate su un mercato regolamentato e degli uffici di Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all' Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo informativo.

Dichiarazione resa dall'Esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e successive modifiche e integrazioni, ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta - **preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta** - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

1° Titolare Effettivo

COGNOME

NOME

SESSO

☐ M ☐ F

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI DOMICILIO

CAP

PROV.

PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐ SÌ ☐ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- ☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Controllo maggioranza voti esercitati pari al ____%
- ☐ Controllo con influenza dominante
- ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- ☐ Fiduciante
- ☐ Beneficiario individuato
- ☐ Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

2° Titolare Effettivo

COGNOME

NOME

SESSO

☐ M ☐ F

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI DOMICILIO

CAP

PROV.

PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐ SÌ ☐ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- ☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Controllo maggioranza voti esercitati pari al ____%
- ☐ Controllo con influenza dominante
- ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- ☐ Fiduciante
- ☐ Beneficiario individuato
- ☐ Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

3° Titolare Effettivo

COGNOME

NOME

SESSO

☐ M ☐ F

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI DOMICILIO

CAP

PROV.

PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

☐ SÌ ☐ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- ☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____%
- ☐ Controllo maggioranza voti esercitati pari al ____%
- ☐ Controllo con influenza dominante
- ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- ☐ Fiduciante
- ☐ Beneficiario individuato
- ☐ Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

4° Titolare Effettivo

COGNOME

NOME

SESSO

M F

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI DOMICILIO

CAP

PROV.

PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da Italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- ☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Fiduciante
- ☐ Controllo maggioranza voti esercitati pari al ____% ☐ Beneficiario individuato
- ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

☐ SÌ ☐ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

Dichiarazioni

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il sottoscritto Contraente / Assicurando, o Esecutore (ciascuno per quanto di propria competenza):

- Dichiaro di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il set informativo indicato sul frontespizio composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
 - il documento con l'informativa sul distributore, conforme al modello di cui all' Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
- Dichiaro di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestatato da Genertel, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze.
- Dichiaro, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiaro inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (Assicurazione Vita Genertel) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.
- Dichiaro sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiaro altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

X

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

X

Firma Contraente (o Esecutore)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i Suoi dati personali⁽¹⁾, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertel S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/ indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative, la Sua propensione al rischio e per offrirle consulenza sui prodotti assicurativi;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);⁽²⁾
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;⁽²⁾
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;⁽²⁾
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alle lettere (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, a porre in essere una corretta gestione e a monitorare e poter dimostrare la certezza delle prestazioni e la qualità dei servizi erogati. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante l'audio/videoconferenza ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati per fini di ricontatto

La informiamo che i Suoi dati personali, identificativi e/o di contatto, da Lei forniti sul nostro sito in qualità di soggetto interessato ai nostri prodotti assicurativi, saranno trattati da Genertel S.p.A. per inviarLe materiale informativo e farla ricontattare da un nostro consulente per ricevere maggiori informazioni sul prodotto per il quale ha manifestato il suo interesse.

Tale trattamento dei Suoi dati personali verrà svolto per le finalità di cui ai punti (i) e (ii).

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

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

- 1) per l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato e sondaggi, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app e web, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel, e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta di Genertel.
- 2) per la cessione alle altre società del Gruppo Generali* e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario, assicurativo, auto mobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing, quali l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato anche mediante tecniche di comunicazione email, sms, instant messaging e notifiche via app e web.

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

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertel S.p.A., via Machiavelli 4, 34132 Trieste; e-mail: privacy@genertel.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a RPD.it@generali.com e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

Tempi di conservazione dei dati

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

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

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

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

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

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

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, immagini video e audio acquisiti durante videoregistrazione, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri (anche nel caso in cui la denuncia di sinistro venga effettuata tramite videochiamata o videoregistrazione) o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autotecnici, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informativi telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

*Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

Dichiarazione di rifiuto di aderire al "Care Program" alla sottoscrizione

Io sottoscritto Contraente dichiaro di non voler aderire al "Care Program" alla sottoscrizione.

X _____
Firma Contraente (o Esecutore)

© LMD srl - grafica

La mia Privacy**Consenso trattamento dei dati particolari**

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Genertel a trattare le categorie particolari dei miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa da (i) a (vi), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

☐ Autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per finalità di marketing e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione:

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per la cessione alle società del Gruppo Generali (Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion) e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing:

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

Firme di sottoscrizione

Data e luogo

X

Firma Contraente (o Esecutore)

X

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. 231 del 21 Novembre 2007 e S.M.I (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo)

Le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e S.M.I. e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere alla Compagnia di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lgs. 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omissione o false dichiarazioni. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

Obblighi del cliente

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si rende 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, o se in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.
- 5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.
- 5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Persone politicamente esposte

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

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

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetti svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
 - 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/07

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

Titolare effettivo e criteri per la determinazione dello stesso

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

Nel presente decreto s'intendono per (...) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/07

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
 - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
 - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
 - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

Obbligo di astensione

Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07

I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

Sanzioni penali

Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D.Lgs. 231/07

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