

MODULO LIQUIDAZIONE PER SINISTRO

POLIZZA N. _____

Il sottoscritto _____

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario della polizza sopra citata

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

Procura/Delega Delibera assembleare/C.d.A. Atto costitutivo/ Statuto Visura camerale Provvedimento Giudice Tutelare

COMUNICA alla Spettante Società

Che in data ___/___/_____ è deceduto l'Assicurato _____

per causa: Naturale Accidentale* (specificare) _____

* Nota bene: prendere visione della documentazione specifica riportata nella sezione "Documentazione necessaria per l'apertura del sinistro".

I sottoscritti Beneficiari della polizza in oggetto:

- **AUTORIZZANO** la Società Genertel S.p.A. a provvedere alla liquidazione dell'importo, determinato come da condizioni di assicurazione, tramite bonifico bancario sul conto corrente di cui forniscono le coordinate bancarie;
- **AUTORIZZANO** la Società Genertel S.p.A. ad eseguire le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione (solo se l'avente diritto è un erede);
- **PRENDONO ATTO** che, al fine del riconoscimento dell'importo, debbono essere preventivamente consegnati alla Società i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, nonché ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria dalla Società e comunque entro i limiti di quanto indicato nelle condizioni contrattuali;
- **PRENDONO VISIONE** dell'informativa sulla Privacy presente nel modulo stesso e acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27/04/2016;
- **PRENDONO VISIONE** dell'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), in coda alla documentazione.

Documentazione necessaria per l'apertura del sinistro

Sono necessari, **in originale o in copia conforme all'originale**, i documenti sotto indicati. La Società accetterà copia della documentazione purché l'originale risulti disponibile presso l'intermediario:

- **Certificato di morte** o, se gli aventi diritto sono gli eredi, **autocertificazione** sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato; l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel ad effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** (redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale), da cui risulti espressamente:
 - a. **se il de-cuius abbia lasciato o meno testamento;**
 - b. nel caso in cui il de-cuius abbia lasciato testamento:
 - i. gli estremi del testamento pubblicato** (data testamento, data pubblicazione, notaio, numero di repertorio ecc.),
 - ii. se detto testamento sia l'ultimo valido e non impugnato,
 - iii. copia del **Verbale di pubblicazione del testamento;**
 - c. l'indicazione degli eredi legittimi e/o testamentari del contraente, se i beneficiari in caso di decesso sono indicati in modo generico (specificare luogo e data di nascita, grado di parentela con il de-cuius);
 - d. in caso di beneficiari minorenni o incapaci, comunicare da chi legalmente rappresentati;

(l'Autocertificazione non può sostituire l'Atto Notorio o la Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà in quanto il D.P.R. n. 445/2000 regola esclusivamente il rapporto con gli enti pubblici)
- **Modulo di liquidazione sinistro** compilato in ogni sua parte e per Beneficiario soggetto diverso da persona fisica o soggetto ditta individuale compilare anche la sezione "**Dichiarazioni sulla defiscalizzazione**".

Documentazione da produrre per ciascun Beneficiario

- a. **Fotocopia fronte e retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale***** (v. decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e s.m.i. in merito alla gestione dei dati antiriciclaggio) **in capo al Beneficiario/Esecutore.**
- b. L'allegato modello "**Modulo di identificazione del Beneficiario**" da far compilare all'intermediario finanziario in relazione al quale il beneficiario, o il suo esecutore, sia stato identificato direttamente nell'ambito di un rapporto continuativo ovvero in occasione del compimento di un'operazione occasionale (in presenza di più Beneficiari il modulo andrà fotocopiato e compilato per ogni singolo Beneficiario). **In alternativa** all'invio del modulo di cui sopra, **il Beneficiario** può essere identificato da un Funzionario della Pubblica Amministrazione, **mediante atto pubblico, comprensivo degli estremi di un documento identificativo in corso di validità del Beneficiario stesso***.**
- c. **Documenti comprovanti il potere di rappresentanza dell'Esecutore (se presente).**
- d. **In caso di beneficiario minorenne:**
 - i. **Decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi il/la Legale Rappresentante del minore a riscuotere l'importo (al lordo dell'eventuale tassazione a norma di legge), a lui dovuto, a rilasciarci quietanza liberatoria ed a sollevarci da ogni ingerenza e responsabilità sulle modalità di reimpiego della somma liquidata (originale o copia conforme).
 - ii. **Atto di quietanza** per liquidazione sinistro.
- e. **Modulo di liquidazione sinistro** compilato in ogni sua parte: indicazione del conto corrente/codice IBAN, intestato al Beneficiario e sottoscritto dallo stesso. Per beneficiario soggetto diverso da persona fisica o soggetto ditta individuale compilare anche la sezione "**Dichiarazioni sulla defiscalizzazione**".



ATTENZIONE: La Compagnia si riserva di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di richiedere all'interessato ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie propedeutiche alla liquidazione.

Documentazione da produrre per il Contraente (se soggetto diverso dall'Assicurato)

- **Modulo per l'adeguata verifica della clientela sottoscritto dal Contraente** (da compilare solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso dall'Assicurato).

In caso di sottoscrizione di un prodotto con garanzie complementari (es. ACMA o ACMA IS)

Se il decesso è avvenuto per causa accidentale allegare anche:

- Relazione del medico** (modello allegato predisposto dalla Compagnia) che il medico curante dell'Assicurato dovrà redigere nella forma più dettagliata ed esauriente possibile a spese degli interessati;
- Verbale dell'Autorità** competente giunta sul luogo del decesso ed esito delle indagini disposte dall'autorità giudiziaria.

In caso di sottoscrizione di un prodotto Multiramo

Se il decesso è avvenuto in carenza o per causa accidentale allegare anche:

- Relazione del medico** (modello allegato predisposto dalla Compagnia) che il medico curante dell'Assicurato dovrà redigere nella forma più dettagliata ed esauriente possibile a spese degli interessati;
- Cartelle cliniche** (compresa quella del primo ricovero contenente l'anamnesi personale remota) relative ai ricoveri per la malattia che è stata causa del decesso, esami clinici, autopsia ove eseguita;
- Verbale dell'Autorità** competente giunta sul luogo del decesso ed esito delle indagini disposte dall'autorità giudiziaria.

NOTA BENE

- Per l'identificazione degli eredi legittimi si rimanda al Codice Civile, Libro II delle successioni, Titolo II, art 565 e ss.
- La Compagnia si riserva di verificare gli aventi diritto alle prestazioni e di richiedere agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie propedeutiche all'identificazione degli stessi.
- Nel caso in cui la valutazione della documentazione di cui sopra evidenziasse la presenza di uno o più **beneficiari minorenni o incapaci**, la Compagnia si riserva di richiedere il decreto del giudice tutelare che autorizzi i legali rappresentanti dei minori o incapaci a riscuotere gli importi di liquidazione a loro dovuti.
- Salvo diversa indicazione la liquidazione avverrà in **parti uguali**.
- La liquidazione potrà avvenire solo su un conto **corrente intestato al Beneficiario** e sarà subordinata all'indicazione esatta del codice IBAN, rilevabile dall'estratto conto (riportare i dati per intero, completando tutti gli spazi).
- Le sopra indicate dichiarazioni si considerano accettate con apposita firma presente nel Box successivo "**Modulo di liquidazione sinistro**".
- Qualora il decesso sia intervenuto nel periodo di **carenza** la Compagnia si riserva la possibilità di chiedere ulteriore documentazione medica.

* Per facilitare la stesura si allega il modello di Dichiarazione Sostitutiva di Notorietà (allegati 2 e 3) da compilare in ogni sua parte a carico di un beneficiario e far vidimare dall'autorità comunale o giudiziale.

** Per verificare se il de-cuius abbia lasciato testamento, consultare il sito www.giustizia.it. Il Registro generale dei testamenti consente di conoscere se una persona deceduta abbia fatto testamento, in Italia o all'estero.

*** Il documento d'identità dovrà essere quello riportato all'interno del modello "Attestazione di identificazione del singolo Beneficiario" o nell'atto pubblico mediante il quale il Beneficiario è stato identificato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (da esibire in ASSENZA di testamento)

Il Sottoscritto nato a il ___/___/___
e residente a via N°

DICHIARA CHE

- la Sig.ra / il Sig. nata/o a il ___/___/___
è deceduta/o il ___/___/___ senza lasciare testamento ed i suoi eredi legittimi sono:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

- che, oltre ai predetti, non esistono altre persone aventi diritto all'eredità, a quote di riserva o di legittima;
- che i nominati eredi godono di capacità giuridica e di agire, e che non sono mai incorsi in cause di indegnità a succedere.
- che fra i coniugi non esisteva separazione di fatto né separazione consensuale omologata o separazione giudiziale, né pendeva giudizio di scioglimento o annullamento del matrimonio contratto in data ___/___/___
a

Data e luogo

X

Firma del dichiarante da apporre in presenza del Funzionario incaricato

Spazio riservato all'autorità comunale o giudiziale per AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

Il sottoscritto funzionario incaricato, ai sensi del d.p.r. n. 445 del 28/12/2000, richiamate le sanzioni penali previste dall'art. 76 della stessa per le ipotesi di falsità di dichiarazioni mendaci, AUTENTICO la firma del dichiarante sopra generalizzato apposta in mia presenza, previo accertamento della sua identità personale mediante:

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente rilascio Località rilascio

Data e luogo

X

Funzionario incaricato (Timbro e firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(da esibire in PRESENZA di testamento)**

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____
e residente a _____ via _____ N° _____

DICHIARA CHE

- la Sig.ra / il Sig. _____ nata/o a _____ il ____/____/____
è deceduta/o il ____/____/____ lasciando testamento in data ____/____/____, pubblicato il ____/____/____
presso il notaio _____ con numero di repertorio _____ raccolta _____
- Detto testamento è l'ultimo valido e non impugnato.
- Che gli unici eredi legittimi (da indicare anche in presenza di testamento) dello stesso sono:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

I suoi eredi testamentari sono:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

- che, oltre ai predetti, non esistono altre persone aventi diritto all'eredità, a quote di riserva o di legittima;
- che i nominati eredi godono di capacità giuridica e di agire, e che non sono mai incorsi in cause di indegnità a succedere.
- che fra i coniugi non esisteva separazione di fatto né separazione consensuale omologata o separazione giudiziale, né pendeva giudizio di scioglimento o annullamento del matrimonio contratto in data ____/____/____
a _____

_____ **X** _____
Data e luogo Firma del dichiarante da apporre in presenza del Funzionario incaricato

Spazio riservato all'autorità comunale o giudiziale per AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

Il sottoscritto funzionario incaricato, ai sensi del d.p.r. n. 445 del 28/12/2000, richiamate le sanzioni penali previste dall'art. 76 della stessa per le ipotesi di falsità di dichiarazioni mendaci, AUTENTICO la firma del dichiarante sopra generalizzato apposta in mia presenza, previo accertamento della sua identità personale mediante:

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente rilascio Località rilascio

_____ **X** _____
Data e luogo Funzionario incaricato (Timbro e firma)

Modulo liquidazione sinistro da produrre per ciascun Beneficiario

In presenza di più di due Beneficiari, fotocopiare la presente pagina e allegarla al Modulo

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____

email _____ telefono _____

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario

CHIEDE:

di provvedere all'investimento della liquidazione con la seguente modalità:

Importo di Euro _____ da investire sulla proposta numero: _____

e/o

di provvedere alla liquidazione dell'importo rimanente/totale direttamente tramite bonifico sul conto corrente intestato all'avente diritto di cui fornisce l'IBAN:

Cod. Paese	CIN IBAN	Cin	ABI	CAB	Numero Conto Corrente

da compilare solo in caso di bonifico verso conto corrente estero

(può essere formato da 8 o da 11 caratteri)

Codice SWIFT BIC

Paese di destinazione delle somme: _____

e **DICHIARA** di aver preso visione delle informative allegate.

Dichiarazioni sulla defiscalizzazione (da compilare con riferimento al Beneficiario Soggetto diverso da Persona Fisica)

Il Beneficiario, ai sensi dell'art. 14, comma 1-bis, del D.lgs. 18 febbraio 2000, **dichiara** (solo per i contratti sottoscritti dal 1° gennaio 2001) di percepire i proventi maturati con il presente contratto **nell'esercizio dell'attività di impresa a fine di lucro o nell'ambito dell'attività commerciale** e chiede pertanto di non procedere all'applicazione dell'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter, comma 1, del D.P.R. n. 600 del 1973.

Altri dati dell'operazione

Il conto di liquidazione è cointestato? SI NO RIFIUTO DI RISPONDERE In caso di risposta affermativa compilare i campi sotto riportati

COGNOME DEL 1° COINTESTATARIO		NOME DEL 1° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 2° COINTESTATARIO		NOME DEL 2° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 3° COINTESTATARIO		NOME DEL 3° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 4° COINTESTATARIO		NOME DEL 4° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Rapporto con il Contraente:

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

X _____
Firma leggibile del Beneficiario o dell'Esecutore

Modulo liquidazione sinistro da produrre per ciascun Beneficiario

In presenza di più di due Beneficiari, fotocopiare la presente pagina e allegarla al Modulo

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____
 email _____ telefono _____

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario

CHIEDE:

di provvedere all'investimento della liquidazione con la seguente modalità:

Importo di Euro _____ da investire sulla proposta numero: _____

e/o

di provvedere alla liquidazione dell'importo rimanente/totale direttamente tramite bonifico sul conto corrente intestato all'avente diritto di cui fornisce l'IBAN:

Cod. Paese	CIN IBAN	Cin	ABI	CAB	Numero Conto Corrente

da compilare solo in caso di bonifico verso conto corrente estero

(può essere formato da 8 o da 11 caratteri)

Codice SWIFT BIC

Paese di destinazione delle somme: _____

e **DICHIARA** di aver preso visione delle informative allegate.

Dichiarazioni sulla defiscalizzazione (da compilare con riferimento al Beneficiario Soggetto diverso da Persona Fisica)

Il Beneficiario, ai sensi dell'art. 14, comma 1-bis, del D.lgs. 18 febbraio 2000, **dichiara** (solo per i contratti sottoscritti dal 1° gennaio 2001) di percepire i proventi maturati con il presente contratto **nell'esercizio dell'attività di impresa a fine di lucro o nell'ambito dell'attività commerciale** e chiede pertanto di non procedere all'applicazione dell'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter, comma 1, del D.P.R. n. 600 del 1973.

Altri dati dell'operazione

Il conto di liquidazione è cointestato? SI NO RIFIUTO DI RISPONDERE In caso di risposta affermativa compilare i campi sotto riportati

COGNOME DEL 1° COINTESTATARIO		NOME DEL 1° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 2° COINTESTATARIO		NOME DEL 2° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 3° COINTESTATARIO		NOME DEL 3° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 4° COINTESTATARIO		NOME DEL 4° COINTESTATARIO		SESSO
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto con il Contraente:

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

X _____
Firma leggibile del Beneficiario o dell'Esecutore

MODULO DI IDENTIFICAZIONE DEL BENEFICIARIO

(Adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela ai sensi del Regolamento IVASS n. 44/2019)

Da fotocopiare e compilare per CIASCUN Beneficiario Persona Fisica

POLIZZA N. _____

Dati identificativi del Beneficiario

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 ⁽¹⁾		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 ⁽²⁾		PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA		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 rilascio Località rilascio

Codice Professione*: |__|__|

Ultima Professione Esercitata (se pensionato)* |__|__|

Tipo di attività economica (T.A.E.): |__|__|__|

Paese Attività Prevalente (se diverso da Italia):

Provincia Attività prevalente (se diversa da residenza) |__|__|

Persona Politicamente Esposta: SÌ (specificare la carica ricoperta) _____ NO

La definizione di "Persona Politicamente Esposta" si trova in coda al presente Modulo nell'informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo.

Il Beneficiario ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?:

No Politico/istituzionale Societario Associazioni Fondazioni

Rapporto con il Contraente:

- Parentela
 Affinità
 Coniugio
 Convivenza di fatto o unione civile
 Relazione amicale
 Lavoro/affari
 Beneficienza/liberalità
 Altro (specificare) _____

⁽¹⁾ Qualora il Soggetto sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita. ⁽²⁾ Se diverso dalla Residenza.

* Vedasi codici in calce al presente modulo.

Dati identificativi dell'eventuale Esecutore per conto del Beneficiario

L'esecutore è la persona fisica a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del soggetto.

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 ⁽¹⁾		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 ⁽²⁾	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 rilascio	Località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Codice Professione*: |__|__|

Ultima Professione Esercitata (se pensionato)* |__|__|

Tipo di attività economica (T.A.E.): |__|__|__|

Paese Attività Prevalente (se diverso da Italia):

Provincia Attività prevalente (se diversa da residenza) |__|__|

Persona Politicamente Esposta: SÌ (specificare la carica ricoperta) NO

La definizione di "Persona Politicamente Esposta" si trova in coda al presente Modulo nell'informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo.

Rapporto con il Beneficiario:

- Parentela
- Affinità
- Coniugio
- Convivenza di fatto o unione civile
- Relazione amicale
- Lavoro/affari
- Beneficienza/liberalità
- Altro (specificare)

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

- Procura/Delega
- Provvedimento Giudice Tutelare

⁽¹⁾ Qualora il Soggetto sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita. ⁽²⁾ Se diverso dalla Residenza.

* Vedasi codici in calce al presente modulo.

Attesto che il Beneficiario ed il relativo Esecutore sopra indicato, se presente, sono stati identificati direttamente nell'ambito di un rapporto continuativo ovvero in occasione del compimento di un'operazione occasionale.

OPERATORE

Filiale di

Data e luogo

X

L'Incaricato (Timbro, Nome, Cognome e Firma)

- In alternativa all'identificazione da parte dell'operatore, ogni singolo Beneficiario può essere identificato da un Funzionario della Pubblica Amministrazione, mediante atto pubblico, comprensivo degli estremi del documento identificativo in corso di validità del Beneficiario.
- Allegare obbligatoriamente copia fronte/retro del documento d'identità del beneficiario e dell'esecutore per conto del Beneficiario i cui estremi sono riportati nel presente modulo o nell'atto pubblico.

Nota: Questa dichiarazione potrà essere sostituita da modulistica analoga in uso presso l'operatore indicato dal beneficiario per l'accredito del capitale.

Ai sensi degli artt. 17 e ss del D. Lgs. 231/2007 e suc. mod. e int., con specifico riferimento all'operazione posta in essere, io sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede confermo che la presente operazione è effettuata per mio conto o, in ogni caso, per conto del beneficiario sopra indicato. Il sottoscritto, dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e suc. mod. e int., parte integrante del presente questionario, di aver fornito nel presente modulo tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui è a conoscenza, e garantisce che le stesse sono esatte e veritiere.

Data e luogo

X

Firma leggibile del Beneficiario o del Suo Esecutore

RELAZIONE DEL MEDICO

Da compilare solamente in caso di prodotto multiramo o con garanzie complementari

POLIZZA N. _____

Dott. _____,

sulla malattia che fu causa della morte dell'assicurato da restituire in **originale** a Genertel S.p.A..

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma PARTICOLAREGGIATA ed ESAURIENTE a TUTTE le domande.

Sezione 1 - Dati relativi all'assicurato defunto

Cognome e Nome dell'assicurato defunto _____ Età: anni _____

Professione _____ Stato civile _____

Luogo del decesso _____

Data della morte: giorno _____ mese _____ anno _____ ora _____

Malattia che condusse a morte l'assicurato:

Diagnosi della malattia iniziale: _____

Successioni morbose: _____

Accidente terminale: _____

Sezione 2 - Informazioni relative al medico

Era il medico abituale dell'Assicurato? _____ Da quale epoca? (specificare giorno mese ed anno) _____

Precedentemente a Lei quali medici lo curavano?

Se tuttora in vita, quale la loro residenza e/o l'indirizzo dello studio medico?

È a conoscenza in quali epoche e per quali malattie gli stessi abbiano visitato l'assicurato?

Quando ha cominciato a curare l'assicurato nell'ultima malattia? _____

X _____
Timbro originale e firma leggibile
del medico che ha redatto la relazione

Sezione 3 - Breve storia clinica della malattia

Anamnesi personale remota:

L'assicurato fumava? _____ Ha mai fumato? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato faceva uso abituale di alcolici o superalcolici? ____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa?_____ Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie?____ Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

Anamnesi personale recente (importantissimo precisare la data d'inizio della malattia):

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

Sintomatologia all'inizio della malattia:

Decorso della malattia:

Ricerche ed esami speciali eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'Ospedale o della Clinica privata):

X _____
 Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?

Quali furono? (cognome, nome, residenza e/o indirizzo dello studio medico ed epoca in cui furono consultati):

.....

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica?

Il genere di occupazione e di vita dell'assicurato (affaticamento, intemperanza, intossicazioni, ecc.) può avere influito sulla causa e sull'esito della malattia?

.....

Conosceva l'assicurato la natura della malattia per la quale venne a soccombere? da quando?
 o quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse?

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliorare l'illustrazione del caso clinico?

.....

Data e luogo

X

Timbro originale e firma leggibile
 del medico che ha redatto la relazione

Domicilio

ALLEGATO

CODICI PROFESSIONE PERSONA FISICA

CODICE PROFESSIONE e

CODICE ULTIMA PROFESSIONE ESERCITATA (se pensionato)

- 01 DIRIGENTE
- 02 QUADRO
- 03 IMPIEGATO
- 04 OPERAIO
- 05 INSEGNANTE
- 06 MAGISTRATO
- 07 FORZE DELL'ORDINE
- 08 MEDICO
- 09 AVVOCATO
- 10 NOTAIO
- 11 COMMERCIALISTA / CONSULENZA CONTABILE
- 12 CONSULENTE DEL LAVORO
- 13 PERITO
- 14 ARCHITETTO / INGEGNERE
- 15 ALTRE ATTIVITÀ PROFESSIONALI
- 16 COMMERCIANTE
- 17 ARTIGIANO
- 18 AGRICOLTORE
- 19 AGENTE / RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO
- 20 IMPRENDITORE
- 21 CASALINGA
- 22 CLERO E ALTRI MINISTRI DI CULTO
- 23 PENSIONATO
- 24 BENESTANTE / POSSIDENTE
- 25 STUDENTE
- 26 POLITICO (SENATORE / DEPUTATO)
- 27 DIPLOMATICO
- 28 DISOCCUPATO
- 29 AUTORE / ARTISTA / ATLETA
- 30 LAV. AUTONOMO
- 31 SOCI COLLABORATORI IN COOPERATIVE

TAE

(solo se CODICE PROFESSIONE diverso da 23 e 28)

- 01 AGRICOLTURA, CACCIA
- 02 SILVICOLTURA / SERV. CONN.
- 03 PESCA / SERVIZI CONNESSI
- 04 ESTRAZIONE DI MINERALI
- 05 ALIMEN., BEVANDE E TAB.
- 06 TESSILE E D'ABBIGLIAM.
- 07 CONC., CUOIO, PELLE E SIM.
- 08 LEGNO E PRODOTTI IN LEGNO
- 09 CARTA / EDITORIA
- 10 CHIMICA / PLASTICA
- 11 SIDERURGICA
- 12 MECCANICA
- 13 COSTRUZIONI / EDILIZIA
- 14 DISTRIBUZIONE
- 15 METALLI PREZIOSI
- 16 TRASPORTI
- 17 COMMERCIO ALL'INGROSSO
- 18 COMMERCIO AL DETTAGLIO
- 19 ALBERGHI E RISTORANTI
- 20 INTERMED. FINANZ. / ASSIC.
- 21 SERVIZI
- 22 SERV.PROFESS. / IMPRENDIT.
- 23 SERVIZI PUBBLICI
- 24 COMUN. / INFORMATICA
- 25 ISTRUZIONE
- 26 SANITÀ
- 27 ENTI E AMM.NI PUBBLICHE
- 28 ASSOCIAZIONI
- 29 ORGANISMI SOVRANAZIONALI
- 30 PROD. LAV. MINER. NO METALL.
- 31 TELECOMUNICAZIONI
- 32 MAGAZZ. ATT. SUPP. TRASPORTI
- 33 RIPAR. / MAN. MACCH. / APPAR.
- 34 RIP. COMPUTER BENI PER CASA
- 35 ATT. NOLEGGIO / LEASING OPER
- 36 ATT. SER. EDIFICI / PAESAGGIO
- 37 COMMERCIO DETT. PROD. ALIM.
- 38 COMM. DETT. ESERC. NO SPEC.
- 39 COMMERCIO INGR. PROD. ALIM.
- 40 COMM. DETT. ARMI / ART. MILIT.
- 41 ATTIV. LEGALI E CONTABIL.
- 42 ATTIV. DIR. AZIEN. CONS. GEST
- 43 COMM. DETT. ARTIC. SEC. MANO
- 44 ATT. LOTT. SCOMM. CASE GIOCO
- 45 NON PREVISTO

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, 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, automobilistico, 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 Marocchesa 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, 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 o 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, autofficine, 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 informatici, 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, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consortili 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, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

*Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. N° 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. (Antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo)

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

Obblighi del cliente

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.
- 5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.
- 5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Persone politicamente esposte

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

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

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

- 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
- 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
- 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
- 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

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

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

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.