

## MODULO RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SINISTRO PER MALATTIE GRAVI - ICTUS

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

### Dati del Beneficiario della liquidazione

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE

DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE

CODICE FISCALE / PARTITA IVA

Per il contratto sopraindicato, il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- Beneficiario della liquidazione**
- Esecutore per conto del Beneficiario della liquidazione** con potere di delega conferito mediante la seguente documentazione di cui allega copia - **con data non antecedente a tre mesi:**
- Procura/Delega
- Provvedimento Giudice Tutelare

**COMUNICA** che in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ all'Assicurato è stata diagnosticata l'insorgenza di Ictus

### E CHIEDE

che, a fronte della valutazione dell'evento assicurato, la liquidazione di sinistro per Grandi Malattie avvenga sulle coordinate bancarie intestate esclusivamente al Beneficiario di seguito riportate:

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:** \_\_\_\_\_

## 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 Beneficiario:

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

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 Beneficiario:

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

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 Beneficiario:

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

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 Beneficiario:

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

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 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 a conoscenza, e garantisce che le stesse sono esatte e veritiere.

\_\_\_\_\_

Data e luogo

X

\_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario o Esecutore per conto del Beneficiario

## Documentazione da allegare

Sono necessari i seguenti documenti:

(da spedire, in originale o copia conforme all'originale, a: Genertel S.p.A. c/o via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV c.a. Ufficio Portafoglio/Sinistri)

- **Rapporto particolareggiato del medico curante** redatto sull'apposito modello (allegato alla presente) sulle cause e sul decorso della malattia per cui si sta chiedendo la liquidazione della prestazione.
- **Relazione del medico specialista** redatta sull'apposito modello (allegato alla presente) che il medico specialista dell'Assicurato dovrà redigere nella forma più dettagliata ed esaustiva possibile a spese degli interessati (ricordiamo che in caso di ictus l'accertamento dovrà avvenire trascorsi 90 giorni dalla data dell'evento, pertanto la relazione dovrà essere spedita in un secondo momento).
- **Visite ed esami di laboratorio e strumentali eseguiti a seguito della patologia riscontrata.**
- **Fotocopia fronte e retro di un documento d'identità valido** e del **codice fiscale** del Beneficiario della liquidazione se non stato precedentemente fornito o scaduto.
- L'allegato "**Modello di adeguata verifica della clientela**".
- Qualora il Beneficiario sia diverso dal Contraente: l'allegato "**Modello di Identificazione del Beneficiario**".
- Eventuali ulteriori informazioni sulle cause e conseguenza della malattia.
- Eventuale documentazione comprovante i poteri di Delega.

Si ricorda che l'assicurato o un suo rappresentante è tenuto a denunciare per iscritto a Genertel la malattia grave entro 90 giorni dalla data di diagnosi della stessa.



**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.

## RELAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma **PARTICOLAREGGIATA** ed **ESAURIENTE** a **TUTTE** le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilandolo in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui si è a conoscenza.

Polizza Nr \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_ Assicurato \_\_\_\_\_

### Sezione 1 - dati relativi all'Assicurato

Data di nascita (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sesso  M  F

Professione: \_\_\_\_\_

Attività sportive praticate: \_\_\_\_\_

### Sezione 2 - informazioni relative al Medico curante

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Specialista in: \_\_\_\_\_

Da che anno è il medico curante dell'Assicurato? \_\_\_\_\_

L'assicurato ha consultato altri medici o terapeuti? Quando? Per quali motivi?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sezione 3 - breve storia clinica del paziente

Peso kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

L'Assicurato soffre o ha sofferto in passato di ipertensione arteriosa?  SÌ  NO

Se sì da quando? \_\_\_\_\_

L'Assicurato fuma?  SÌ  NO

Se sì, indichi la quantità giornaliera \_\_\_\_\_ Da quando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ha fumato in passato?  SÌ  NO

Se sì, indichi la quantità giornaliera \_\_\_\_\_ Per quanto tempo \_\_\_\_\_

Quando e per quale motivo ha smesso? \_\_\_\_\_

L'Assicurato fa o ha mai fatto abuso di alcool (mediamente più di 4 unità di alcool al giorno)?  SÌ  NO

Quante unità giornaliere? birra \_\_\_\_\_ vino \_\_\_\_\_ superalcolico \_\_\_\_\_

(1 unità = 1 bicchiere di vino o 33 cl di birra o 1 bicchierino di superalcolico)

L'Assicurato fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?  SÌ  NO

Di quali malattie l'Assicurato soffre o ha sofferto in passato?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Da quando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sezione 4 - dati relativi al sinistro occorso all'Assicurato**

**Importantissimo** precisare la data d'insorgenza/diagnosi della malattia (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sintomatologia all'inizio della malattia:

-----  
-----  
-----

Decorso della malattia:

-----  
-----  
-----

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

-----  
-----  
-----

Domicilio del Medico Curante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data e luogo

**X**

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico Curante

## RELAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO NEUROLOGO sulla situazione sanitaria dell'assicurato

Si prega di scrivere MOLTO CHIARO, rispondendo in forma **PARTICOLAREGGIATA** ed **ESAURIENTE** a **TUTTE** le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilandolo in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui si è a conoscenza.

Polizza Nr \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_ Assicurato \_\_\_\_\_

### Relazione affidata allo Specialista in Neurologia dott.

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

### Dati relativi al sinistro occorso all'Assicurato

Importantissimo precisare la data d'insorgenza/diagnosi della malattia (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

La durata dei sintomi/segni è stata maggiore di 24 ore? .....  SÌ  NO

**Dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data dell'evento l'assicurato soffre di:**

- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola.....  SÌ  NO

- danno neurologico permanente.....  SÌ  NO

Se SÌ, quale?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Documentazione da allegare obbligatoriamente

- Lettera di dimissione
- Gli esiti di esami diagnostici eseguiti con tecniche di imaging (TAC o RMN)

Domicilio del Medico Neurologo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

X

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma del Medico Neurologo

## MODULO PER L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (Art. 17 e ss. D. Lgs. 231/07 e successive modifiche ed integrazioni)

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

### Contraente persona fisica

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 <sup>(1)</sup>		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 <sup>(2)</sup>	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

**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 Contraente ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?:

No  Pubblico/Istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

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

### Profilo economico

Codice Professione\*: [\_\_][\_\_] Ultima Professione Esercitata (se pensionato)\* [\_\_][\_\_] Tipo di attività economica (T.A.E.): [\_\_][\_\_][\_\_]  
Provincia Attività prevalente (se diversa da residenza) [\_\_][\_\_] Paese Attività Prevalente (se diverso da Italia):

\* Da valorizzare con i codici riportati nell'allegato in coda al modulo.

### Fascia di reddito annuo complessivo:

<input type="checkbox"/> Fino a € 20.000	<input type="checkbox"/> Da € 20.001,00 a € 50.000	<input type="checkbox"/> Da € 50.001,00 a € 100.000
<input type="checkbox"/> Da € 100.001,00 a € 250.000	<input type="checkbox"/> Da € 250.001,00 a € 500.000	<input type="checkbox"/> Da € 500.001,00 a € 1.000.000
<input type="checkbox"/> Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000	<input type="checkbox"/> Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000	<input type="checkbox"/> Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000
<input type="checkbox"/> Superiore a € 50.000.000		

### Patrimonio complessivo:

<input type="checkbox"/> Fino a € 50.000	<input type="checkbox"/> Da € 50.001 a € 150.000	<input type="checkbox"/> Da € 150.001 a € 500.000
<input type="checkbox"/> Da € 500.001 a € 1.000.000	<input type="checkbox"/> Oltre € 1.000.000	

### Origine prevalente dei fondi al momento dell'emissione

<input type="checkbox"/> Lavoro Dipendente	<input type="checkbox"/> Rendita da immobili
<input type="checkbox"/> Lavoro Autonomo	<input type="checkbox"/> Utile societario / Reddito d'Impresa
<input type="checkbox"/> Vincita	<input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
<input type="checkbox"/> Lascito / Eredità / Donazione	<input type="checkbox"/> Scudo Fiscale / Voluntary Disclosure
<input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione / Pensione	<input type="checkbox"/> Divorzio
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

**Paese di provenienza delle somme versate (se diverso da Italia):** \_\_\_\_\_

**Scopo del rapporto:**  Investimento  Risparmio  Protezione

### Identificazione dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente

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				
<input type="text"/>		<input type="text"/>				
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA <sup>(1)</sup>			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 <sup>(2)</sup>	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"/>				

**Rapporto con il Contraente:**

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

**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.

Codice Professione\*: |\_|\_|\_| Ultima Professione Esercitata (se pensionato)\* |\_|\_|\_| Tipo di attività economica (T.A.E.)\*: |\_|\_|\_|\_|

Provincia Attività prevalente (se diversa da residenza) |\_|\_|\_| Paese Attività Prevalente (se diverso da Italia):

\* Da valorizzare con i codici riportati nell'allegato in coda al modulo.

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

Procura/Delega  Provvedimento Giudice Tutelare

<sup>(1)</sup> Qualora il soggetto sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita. <sup>(2)</sup> Se diverso dalla Residenza.

### Dati dell'Assicurato (da compilare solo se l'assicurato è 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 rilascio	Località rilascio
<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"/> Beneficienza/liberalità
<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Relazione amicale	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Lavoro/affari	

Attenzione: per variare la designazione dei beneficiari non utilizzate il presente ma il modulo dedicato.

**Dati dei Beneficiari nominativi - persone fisiche (riportare solo i dati dei beneficiari diversi dal contraente)**

Da compilare solo in caso di beneficiari nominativi sia per il caso vita (se presenti) che per il caso morte.

In caso di liquidazione a **SCADENZA**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso MORTE.

In caso di liquidazione per **SINISTRO**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso VITA.

Qualora si vogliano indicare ulteriori Beneficiari (persone fisiche), fotocopiare le presenti pagine dedicate e allegarle al Modulo.

Beneficiario Caso Vita       Beneficiario Caso Morte

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,00%
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 Contraente:**

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

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_  
 indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Beneficiario Caso Vita       Beneficiario Caso Morte

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,00%
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 Contraente:**

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

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_  
 indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Beneficiario Caso Vita       Beneficiario Caso Morte

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ,00%
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 Contraente:**

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

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_  
 indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Attenzione: per variare la designazione dei beneficiari non utilizzate il presente ma il modulo dedicato.

**Beneficiari nominativi - Soggetto diverso da persona fisica o soggetto ditta individuale**

Da compilare solo in caso di beneficiari nominativi sia per il caso vita (se presenti) che per il caso morte.

In caso di liquidazione a **SCADENZA**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso MORTE.

In caso di liquidazione per **SINISTRO**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso VITA.

Qualora si vogliano indicare ulteriori Beneficiari (soggetti diversi da persone fisiche o soggetti ditte individuali), fotocopiare le presenti pagine dedicate e allegarle al Modulo.

Beneficiario Caso Vita       Beneficiario Caso Morte

DENOMINAZIONE SOCIALE  CODICE FISCALE  % BENEFICIO  ,00%

DATA DI COSTITUZIONE  COMUNE DELLA SEDE LEGALE  PROVINCIA

PAESE (se diverso dall'Italia)  INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE

NUMERO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE

ENTE DI REGISTRAZIONE  LUOGO DI REGISTRAZIONE

**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

**Rapporto con il Contraente:**

Lavoro/affari       Beneficienza/liberalità       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

\* Da valorizzare con il codice riportato nell'Allegato in coda al modulo.

\*\* 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.

Attenzione: per variare la designazione dei beneficiari non utilizzate il presente ma il modulo dedicato.

**Beneficiari nominativi - Soggetto diverso da persona fisica o soggetto ditta individuale**

Da compilare solo in caso di beneficiari nominativi sia per il caso vita (se presenti) che per il caso morte.

In caso di liquidazione a **SCADENZA**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso MORTE.

In caso di liquidazione per **SINISTRO**: riportare unicamente i nominativi dei soli beneficiari caso VITA.

Qualora si vogliano indicare ulteriori Beneficiari (soggetti diversi da persone fisiche o soggetti ditte individuali), fotocopiare le presenti pagine dedicate e allegarle al Modulo.

<input type="checkbox"/> Beneficiario Caso Vita	<input type="checkbox"/> Beneficiario Caso Morte		
DENOMINAZIONE SOCIALE		CODICE FISCALE	% BENEFICIO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> ,00%
DATA DI COSTITUZIONE	COMUNE DELLA SEDE LEGALE		PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
PAESE (se diverso dall'Italia)	INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NUMERO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE			
<input type="text"/>			
ENTE DI REGISTRAZIONE		LUOGO DI 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

**Rapporto con il Contraente:**

- Lavoro/affari
- Beneficienza/liberalità
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

- email \_\_\_\_\_
- telefono \_\_\_\_\_
- indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

\* Da valorizzare con il codice riportato nell'Allegato in coda al modulo.

\*\* 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.

**Dati dei Titolari Effettivi del Beneficiario Soggetto diverso da persona fisica o soggetto ditta individuale**

**Dati del 1° Titolare Effettivo del Beneficiario**

COGNOME E NOME  CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)  PROVINCIA

**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 Contraente:**

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

**Dati del 2° Titolare Effettivo del Beneficiario**

COGNOME E NOME  CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)  PROVINCIA

**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 Contraente:**

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

**Dati del 3° Titolare Effettivo del Beneficiario**

COGNOME E NOME  CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)  PROVINCIA

**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 Contraente:**

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

**Dati del 4° Titolare Effettivo del Beneficiario**

COGNOME E NOME  CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)  PROVINCIA

**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 Contraente:**

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

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 del Contraente o dell'Esecutore per suo conto

- **Allegare obbligatoriamente copia fronte/retro del documento d'identità del Contraente o dell'Esecutore per suo conto i cui estremi sono riportati nel presente modulo.**

## 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 <sup>(1)</sup>		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 <sup>(2)</sup>		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
<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.

#### 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) \_\_\_\_\_

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

\* Vedasi codici in calce al presente modulo.

**Doti 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 <sup>(1)</sup>		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 <sup>(2)</sup>	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"/>				

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

<sup>(1)</sup> Qualora il Soggetto sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita. <sup>(2)</sup> 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

# 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<sup>(1)</sup>, 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);<sup>(2)</sup>
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;<sup>(2)</sup>
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;<sup>(2)</sup>
- (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](mailto:privacy@genertel.it) oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a [RPD.it@generali.com](mailto:RPD.it@generali.com) e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

### 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<sup>(3)</sup>.

### Trasferimento dei dati all'estero

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

### Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

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