

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 Genertellife 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 Genertellife 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 Genertellife 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 _____

_____ _____
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 _____

_____ _____
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 ___/___/___

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario

CHIEDE che la liquidazione della parte spettante avvenga sul conto corrente **intestato al Beneficiario**, di cui fornisce il codice 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 M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari 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 ___/___/___

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario

CHIEDE che la liquidazione della parte spettante avvenga sul conto corrente intestato al **Beneficiario**, di cui fornisce il codice 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 M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

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

COGNOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari 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
<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
 Beneficenza/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.

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 ⁽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"/>				

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 Genertellife S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto).

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 DIPENDENTE
- 02 DIRIGENTE/SOGGETTO APICALE
- 03 IMPRENDITORE
- 04 LIBERO PROFESSIONISTA
- 05 LAVORATORE AUTONOMO
- 06 NON OCCUPATO
- 07 PENSIONATO
- 08 BENESTANTE/POSSIDENTE
- 09 CLERO ED ALTRI MINISTRI DI CULTO
- 10 POLITICO
- 11 DIPLOMATICO
- 12 MAGISTRATO

TAE (solo se CODICE PROFESSIONE diverso da 06 e 07)

- 001 PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
- 002 ALLEVAMENTO, COLTIVAZIONE E PRODUZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI E A BASE DI TABACCO
- 003 PRODUZIONE PRODOTTI TESSILI E ABBIGLIAMENTO
- 004 PRODUZIONE MATERIALE DA COSTRUZIONE, VETRO E CERAMICA
- 005 PRODUZIONE MATERIALE IN CARTA, CARTONE, CANCELLERIA, STAMPA, CINEMATOGRAFIA E FOTOGRAFIA
- 006 PRODUZIONE PRODOTTI IN GOMMA, PLASTICA, LEGNO, SUGHERO, GIOCATTOLI, ARTICOLI SPORTIVI, STRUMENTI MUSICALI, MACCHINE AGRICOLE INDUSTRIALI
- 007 SERVIZI DI CUSTODIA, DEPOSITO, DELLE COMUNICAZIONI, SERVIZI PER OLEODOTTI O GASDOTTI
- 008 SERVIZI SOCIALI, DELLE ORGANIZZAZIONI PROFESSIONALI, ECONOMICHE E SINDACALI, DI INSEGNAMENTO, DI RICERCA E SVILUPPO
- 009 RIPARAZIONE AUTOVEICOLI, ELETTRODOMESTICI ED ARTICOLI IN CUOIO
- 010 PRODUZIONE PRODOTTI SIDERURGICI, ENERGETICI, CHIMICI, FARMACEUTICI, ELETTRICI, PER L'UFFICIO, STRUMENTI DI PRECISIONE E MEZZI DI TRASPORTO
- 011 SERVIZI DEI TRASPORTI E CONNESSI AI TRASPORTI
- 012 SERVIZI DI PUBBLICITÀ, STUDI FOTOGRAFICI, SERVIZI DI LAVANDERIA, PERSONALI E SANITARI, CULTURALI E RICREATIVI
- 013 SERVIZI DI NOLEGGIO E LOCAZIONE, SERVIZI DI PULIZIA, NETTEZZA URBANA
- 014 COMMERCIO AL DETTAGLIO PRODOTTI ALIMENTARI, TABACCO, MATERIE PRIME PER L'AGRICOLTURA, FARMACEUTICI E COSMETICI
- 015 COMMERCIO AL DETTAGLIO PRODOTTI NON ALIMENTARI
- 016 COMMERCIO IN ESERCIZI NON SPECIALIZZATI (SUPERMERCATI, IPERMERCATI, GRANDI MAGAZZINI, ECC.)
- 017 COMMERCIO ALL'INGROSSO PRODOTTI ALIMENTARI, TABACCO, MATERIE PRIME PER L'AGRICOLTURA, FARMACEUTICI E COSMETICI
- 018 COMMERCIO ALL'INGROSSO PRODOTTI NON ALIMENTARI
- 019 COMMERCIO DI ARMI
- 020 ALBERGHI, PUBBLICI ESERCIZI, AGENZIE DI VIAGGIO ED INTERMEDIARI DEI TRASPORTI
- 021 EDILIZIA ED OPERE PUBBLICHE
- 022 PROFESSIONI TECNICO/SCIENTIFICHE, TEOLOGICHE, SERVIZI DEGLI INTERMEDIARI DEL COMMERCIO, ALTRI AGENTI E MEDIATORI NON FINANZIARI E NON ALTROVE CLASSIFICATI
- 023 COMMERCIO E/O PRODUZIONE OROLOGI, GIOIELLERIA, ARGENTERIA
- 024 SERVIZI FINANZIARI, ASSICURATIVI, AFFARI IMMOBILIARI, TRASPORTO E CUSTODIA VALORI
- 025 SERVIZI E PROFESSIONI AMMINISTRATIVE, CONTABILI GIURIDICHE O LEGALI, CONSULENZA DEL LAVORO, TRIBUTARIA, ORGANIZZATIVA DIREZIONE GESTIONALE
- 026 COMMERCIO DI ANTIQUARIATO E OGGETTI D'ARTE
- 027 SALA CORSE E CASE DA GIOCO

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 in caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertellife S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e 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 e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza⁽²⁾;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);⁽²⁾
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;⁽²⁾
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;⁽²⁾
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e 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.

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, Genertellife S.p.A., Via Marocchese, 14, 31021 Mogliano Veneto; e-mail: privacy@genertellife.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a RPD.it@generali.com e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese, 14, 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

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 Incaricati del 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.genertellife.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri 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 consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi (consorzi 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.

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)

Gentile cliente, 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 Società 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, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche 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, o dell'istituto giuridico affine, per tali intendendosi quelle relative all'identità del costituente o dei costituenti, 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 o nell'istituto giuridico affine 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 o professionale 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. 231/2007

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 che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'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 5, lettera c) e comma 6 del D.lgs. 231/2007

5. I soggetti obbligati applicano sempre misure di adeguata verifica rafforzata della clientela in caso di:
- (...)
- c) rapporti continuativi, prestazioni professionali o operazioni con clienti e relativi titolari effettivi che siano persone politicamente esposte, salve le ipotesi in cui le predette persone politicamente esposte agiscono in veste di organi delle pubbliche amministrazioni. In dette ipotesi, i soggetti obbligati adottano misure di adeguata verifica della clientela commisurate al rischio in concreto rilevato, anche tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 23, comma 2, lettera a), n. 2.
6. 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.

Titolare effettivo e criteri per la determinazione dello stesso

L'identificazione del titolare effettivo ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, sulla base dei dati identificativi forniti dal cliente ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs.231/07. All'atto dell'identificazione il cliente deve dichiarare se il rapporto continuativo è instaurato per conto di un altro soggetto e deve fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo. Le operazioni riconducibili a un rapporto continuativo, che soddisfino i requisiti d'importo normativamente previsti, si presumono effettuate per conto del cliente intestatario del rapporto continuativo o dell'eventuale titolare effettivo del rapporto stesso, salva diversa indicazione del cliente. Per ogni singola operazione posta in essere in relazione ad un rapporto continuativo il cliente è tenuto a dichiarare se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo ed a fornire tutte le relative indicazioni necessarie per la loro identificazione. Nel quadro del controllo costante, le imprese valutano eventuali elementi che inducono a ritenere che il cliente stia operando per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo o dell'effettuazione dell'operazione. In relazione alle situazioni concrete, è possibile che vi siano molteplici titolari effettivi; in tali casi, gli adempimenti vanno espletati per ciascun titolare effettivo.

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/2007

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 instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/2007

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. 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 poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.

5. 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, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo nonché, con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo.

Obbligo di astensione

Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/2007

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) (ovvero di identificazione del cliente e del titolare effettivo, verifica dell'identità del cliente, del titolare effettivo e dell'esecutore, acquisizione e valutazione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo), 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.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo o eseguire operazioni e pongono fine al rapporto continuativo già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

Sanzioni penali

Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/2007

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.

Informativa sugli obblighi previsti dalla legge italiana 18 giugno 2015 n. 95

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa F.A.T.C.A. e della ratifica dell'IGA che include i primi obblighi CRS, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali statunitensi e a quelle dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate, ciascuna persona avente diritto a ricevere un pagamento previsto dal contratto che sia cittadino statunitense o che abbia residenza fiscale negli Stati Uniti, o in altro paese estero per verificare l'assoggettabilità alla fiscalità dei relativi paesi. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione sottoscritta dal cliente (se persona fisica) o dall'esecutore (se Soggetto diverso da Persona Fisica), riportate in questo modulo. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato. Ove non venga fornito quanto richiesto e sussistano indizi di cittadinanza americana o di residenza fiscale estera, la posizione sarà oggetto di comunicazione alle Autorità competenti.