

modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 25/05/2022)

Proposta n. _____ Tariffa _____

Agenzia

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. Subagenzia _____ Cod. Produttore _____

Contraente persona giuridica

Ragione Sociale _____ Cod. Fiscale _____

Attività _____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Codice IBAN _____

Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Contraente persona fisica

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Professione _____

Indirizzo del domicilio _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____

Codice IBAN _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio _____

Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Legale Rappresentante

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Professione _____

Indirizzo del domicilio _____

CAP _____ Località _____ Provincia _____

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio _____

Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Segue Proposta n.
Assicurando (se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome				Sesso		Data di nascita	
Luogo di nascita				Professione			
Indirizzo del domicilio							
CAP		Località				Provincia	
Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)							
CAP		Località				Provincia	
Codice Fiscale				Documento di riconoscimento		Numero	
Rilasciato da				Località di rilascio		Data di rilascio	
Indirizzo email						Recapito telefonico	

Secondo Assicurando/Ragazzo (se il prodotto lo prevede)

Cognome e Nome				Sesso		Data di nascita	
Luogo di nascita				Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza							
CAP		Località				Provincia	

Beneficiari

Avvertenza: in caso di mancata designazione nominativa del/i Beneficiario/i, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o la revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.

Beneficiario (in caso di vita dell'Assicurando)

☐ il Contraente
 ☐ l'Assicurato

☐ Designazione nominativa del Beneficiario

È richiesta l'esclusione dell'invio al/i Beneficiario/i di comunicazioni prima della scadenza? ☐ sì ☐ no

Cognome e Nome / Ragione Sociale				Sesso		Data di nascita	
Luogo di nascita				Codice Fiscale / P. IVA			
Indirizzo di residenza							
CAP		Località				Provincia	
Indirizzo email						Recapito telefonico	
						Quota beneficio %	

☐ Altra Designazione del Beneficiario

Segue Proposta n. _____

Beneficiario (in caso di morte dell'Assicurando)
☐ Designazione nominativa del Beneficiario

Cognome e Nome / Ragione Sociale		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita		Codice Fiscale / P. IVA	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email		Recapito telefonico	Quota beneficio %

☐ Altra Designazione del Beneficiario

Designazione del Referente terzo (diverso dal/i Beneficiario/i, da indicare per esigenze di riservatezza e a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato) ☐ sì ☐ no

Cognome e Nome / Ragione Sociale		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita		Codice Fiscale / P. IVA	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email		Recapito telefonico	

Tipologia del contratto

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

Percentuale di Potenziamento caso morte / Garanzie complementari / Garanzie accessorie (se il prodotto li prevede)

- | | |
|--|--|
| ☐ Potenziamento ☐ 50% ☐ 100% | ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio" |
| ☐ Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" (G.F.) | ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio da incidente" |
| ☐ Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% | |

Premio - 1ª rata da versare

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Garanzia accessoria (G.F.)	Garanzia accessoria (M.G.)	Premio netto
Interessi di frazionamento	Imposte su complementare	Costi di emissione	Diritti di Quietanza	Premio lordo	

- rate successive - a partire dal

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Garanzia accessoria (G.F.)	Garanzia accessoria (M.G.)	Premio netto
Interessi di frazionamento	Imposte su complementare	Costi di emissione	Diritti di Quietanza	Premio lordo	
Spese trattenute in caso di rimborso del premio			Costi di emissione trattenuti in caso di recesso		

Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio

Decorrenza	Durata (anni)	Periodicità	Frazionamento	Durata pagamento premi	Decrescenza
------------	---------------	-------------	---------------	------------------------	-------------

Solo in presenza di Garanzia accessoria (M.G.) (se il prodotto lo prevede): Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave": Scadenza: __/__/__.

Prestazione/Attivazione addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit)/Attivazione Piano riscatti parziali programmati

Capitale/Rendita	Rateazione Rendita	Percentuale reversibilità rendita	☐ Richiesta di attivazione SDD ☐ Richiesta di attivazione Piano riscatti parziali Programmati __, __% (indicare percentuale)
------------------	--------------------	-----------------------------------	---

Convenzione / Classe

Codice Conv.	Cod. pag.	Descrizione	Azienda	Matricola	Classe
--------------	-----------	-------------	---------	-----------	--------

Segue Proposta n. _____

Avvertenze

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione dei Questionari (ove previsti) il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nei questionari stessi;

Questionario Abitudini di vita

L'Assicurando

1. svolge la seguente professione:

è esposto ai seguenti pericoli? (In caso affermativo, indicare una sola risposta) ☐ No ☐ Sì

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci <= 15m	☐ Contatto con materiali esplosivi	☐
Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m	☐ Lavori con macchinari pericolosi	☐
Accesso a impalcature/tetti/ponteggi	☐ Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio	☐

Altro _____

Nell'esercizio della sua professione è esposto ad altri rischi particolari?

☐ No ☐ Sì Quali? _____ Frequenza _____

Precisazioni _____

2. pratica il/i seguente/i sport/s:

Nella pratica dello/degli sport/s è esposto ad altri rischi particolari?

☐ No ☐ Sì Quali? _____ Frequenza _____ Gare _____

Precisazioni _____

3. può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi? (prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari?)

☐ No ☐ Sì Quali? _____ Frequenza _____

Precisazioni _____

4. Solo in presenza di premi differenziati in base all'abitudine al fumo dell'Assicurando (se il prodotto lo prevede)

ha mai fumato negli ultimi 24 mesi? (in caso di risposta affermativa indicare quale) ☐ No ☐ Sì

Cosa?	Da quando?	Quantitativo giornaliero
_____	_____	_____

Se previsto nella forma tariffaria prescelta, in caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente ed Assicurando dichiarano che:

- hanno preso visione dell'articolo "Definizione di Non Fumatore" delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta;
- di essere consapevoli che, pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurandi Non Fumatori;
- qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, sono consapevoli di doverne dare comunicazione entro 30 giorni all'Intermediario o alla Società mediante raccomandata affinché la Società possa agire come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

I sottoscritti Assicurando e Contraente dichiarano, inoltre, di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Società agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Avvertenze

- L'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- Si invita a leggere attentamente l'articolo relativo alle carenze riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurando sceglie di essere sottoposto a valutazione sanitaria tramite:

☐ Visita medica ☐ Questionario sanitario

Segue Proposta n. _____

Questionario Sanitario

L'Assicurando

1) Ha mai praticato esami clinici, dai quali sia emersa una malattia o con risultati fuori dalla norma negli ultimi 5 anni? ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Analisi delle urine	☐ Pap-test	☐
Colposcopia	☐ Prove di funzionalità respiratoria	☐
Ecocardiogramma	☐ Radiografia	☐
Ecografia	☐ Ricerca di sangue nelle feci	☐
Elettrocardiogramma	☐ Teleradiogramma	☐
Esami del sangue	☐ Test HIV (o similari)	☐
Esami oculistici	☐ Biopsia	☐
Mammografia	☐ PSA (antigene prostatico specifico)	☐
Markers per le epatiti	☐	☐
Altro tipo di esame clinico		

2) Ha sofferto o soffre (oppure è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ha subito interventi o assume o ha assunto farmaci) per una delle seguenti malattie:

a) Malattie dell'apparato respiratorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Adenoidi (operate e guarite)	☐ Pneumotorace	☐
Asma bronchiale	☐ Poliposi corde vocali (operata e guarita)	☐
Bronchiti (guarite da almeno 3 mesi)	☐ Poliposi nasale (operata e guarita)	☐
Bronchite cronica	☐ Polmoniti e broncopolmoniti (guarite da almeno 6 mesi)	☐
Bronchiectasie	☐ Rinite allergica e vasomotoria	☐
Enfisema polmonare	☐ Silicosi	☐
Fibrosi cistica	☐ Tonsillectomia	☐
Fibrosi polmonare	☐ Faringiti	☐
Otiti (guarite da almeno 3 mesi)	☐ Laringiti	☐
Pleuriti (guarite da almeno 3 mesi)	☐ Sinusiti	☐
Pneumoconiosi	☐ Tracheiti	☐
Altre malattie infettive prime vie aeree	☐	☐
Altre malattie dell'apparato respiratorio		

b) Malattie dell'apparato cardiocircolatorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Aritmie (es. morbo di Wolff Parkinson White, ecc.)	☐ Flebite	☐
Cardiopatie congenite	☐ Tromboflebite	☐
Infarto miocardico	☐ Trombosi	☐
Cardiomiopatia ischemica	☐ Embolia polmonare	☐
Angina stabile	☐ Altre malattie tromboemboliche venose	☐
Angina instabile	☐ Insufficienza cardiaca	☐
Altre cardiopatie ischemiche	☐ Ipertensione arteriosa	☐
Ictus emorragico	☐ Ipertensione polmonare	☐
Ictus ischemico	☐ Miocardiopatie (es. dilatativa, ipertrofica, ecc.)	☐
Emorragia cerebrale e cerebellare	☐ Pericardite (guarita da almeno 1 anno)	☐
Emorragia subaracnoidea	☐ Valvulopatie (es. aortica, mitralica, polmon., tricuspidale ecc.)	☐
Leucoencefalopatia multifattoriale	☐ Varici arti inferiori non complicate	☐
Altre malattie dell'apparato cardiocircolatorio		

Segue Proposta n. _____

c) Malattie neurologiche e psichiatriche

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Cefalee non complicate

☐ Neuropatia periferica

Demenze

☐ Polimiosite

Epilessia

☐ Psicosi

Meningoencefaliti

☐ Sclerosi multipla

Meningiti

☐ Sindrome ansiosa

Miastenia

☐ Sindrome di Guillain Barré (guarita da almeno 1 anno)

Morbo di Parkinson

☐ Sindromi depressive

Cefalee non complicate

☐

Altre malattie neurologiche e psichiatriche

d) Malattie endocrine e metaboliche

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Diabete

☐ Dislipidemie miste

Gotta

☐ Altre malattie dislipidemiche

Ipercolesterolemia

☐ Interv. chirur. su gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide

Ipertrigliceridemia

☐ Ipo e iperfunz. di gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide

Altre malattie endocrine e metaboliche

e) Malattie dell'apparato uro-genitale

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Adenoma prostatico (operato e guarito)

☐ Insufficienza renale cronica

Balanite e balanopostite (guarite da almeno 3 mesi)

☐ Malformazioni uterine

Bartolinite (guarita da almeno 3 mesi)

☐ Metrite (guarita da almeno 3 mesi)

Calcolosi renale complicata

☐ Nefriti interstiziali

Calcolosi renale non complicata (operata e guarita)

☐ Nefrectomia pregressa

Cisti renali semplici

☐ Epididimite

Criptorchidismo (operato e guarito)

☐ Orchite

Endometriosi

☐ Ovarite (guarita da almeno 3 mesi)

Endometriti (guarite da almeno 3 mesi)

☐ Pielonefrite acuta e pielite acuta (guarite)

Fibromiomas mammella (operata e guarita)

☐ Prostatite (guarita da almeno 3 mesi)

Fibromiomas uterina (operata e guarita)

☐ Rene policistico

Fibromiomas uterina (non operata)

☐ Sindrome nefrosica

Fimosi

☐ Varicocele

Glomerulonefriti

☐ Vulvite e vaginite (guarite da almeno 3 mesi)

Idrocele

☐ Asportazione cisti ovarica

Altre malattie dell'apparato uro-genitale

f) Malattie dell'apparato digerente

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Appendicite (operata e guarita)

☐ Gastrite

Ascesso anale

☐ Gastroenteriti (guarite)

Calcolosi colecistica (operata e guarita senza complicanze)

☐ Morbo di Crohn

Cirrosi epatica

☐ Megacolon

Colite ulcerosa

☐ Pancreatite acuta (guarita)

Colon irritabile

☐ Pancreatiti croniche

Diverticolosi del colon

☐ Poliposi del colon (con esame istologico negativo)

Emorroidi

☐ Ragade anale

Epatite A (guarita)

☐ Sindromi da malassorbimento

Epatopatie croniche (epatiti B, C)

☐ Splenectomia origine traumatica

Ernia iatale, inguinale, ombelicale

☐ Ulcera gastro-duodenale

Esofagite

☐ Volvolo intestinale

Fistola anale

☐

Altre malattie dell'apparato digerente

Segue Proposta n. _____

g) Tumori

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Tumori maligni	☐ Trattamenti chirurgici	☐
Trattamenti chemioterapici	☐ Trattamenti radianti	☐
Altro		

h) Altro

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Aborto spontaneo prima gravidanza	☐ Leucemia	☐
AIDS	☐ Trombocitosi	☐
Artrite	☐ Anemia aplastica	☐
Cataratta	☐ Poliglobulia	☐
Cheratite (guarita da almeno 3 mesi)	☐ Altre malattie ematologiche	☐
Colera (guarito)	☐ Mononucleosi (guarita)	☐
Congiuntivite (guarita da almeno 3 mesi)	☐ Osteoartrosi	☐
Patologia discale del rachide (ernia del disco)	☐ Osteomielite (guarita)	☐
Malattie esantematiche (guarite)	☐ Osteoporosi	☐
Pregresse fratture e traumi (senza postumi invalidanti)	☐ Parto naturale e cesareo	☐
Glaucoma	☐ Poliomielite	☐
Artrite reumatoide	☐ Retinite (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Lupus eritematoso sistemico	☐ Reumatismo articolare acuto	☐
Dermatomiosite	☐ Salmonellosi (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Scleroderma	☐ Scoliosi, lordosi e cifosi (guarite da almeno 3 mesi)	☐
Connettivite mista	☐ Lue (sifilide)	☐
Altre malattie autoimmuni	☐ Tifo (guarito)	☐
Anemie in genere	☐ Toxoplasmosi	☐
Favismo	☐ Tratto talassemico (anemia mediterranea portatore sano)	☐
Emofilia	☐ Tubercolosi	☐
Linfomi	☐ Vizi delle vista (miopia, presbiopia, astigmatismo)	☐
Trombocitopenia		
Altre malattie		

3) Fa uso di alcolici?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)

☐ Uso moderato/2 bicchieri di vino ai pasti ☐ Altro (indicare): _____

4) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare)

Quali? _____ Quando l'ultima volta? _____ Da quando? _____

5) Gode di pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)

6) Ha subito infortuni o ha sofferto di malattie che hanno causato postumi temporanei o permanenti?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)

7) Misure somatiche

Peso _____ Altezza _____

Segue Proposta n. _____

8) Solo in presenza di Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) (se il prodotto lo prevede)

Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronopatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, poliposi intestinale, diabete prima dei 60 anni?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare la relazione di parentela consanguinea; se vivente indicare l'età alla diagnosi, la patologia e le attuali condizioni di salute; se defunto indicare l'età alla morte, la patologia, la durata della patologia e la causa della morte)

Revoca della Proposta e diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di revocare la presente Proposta finché il contratto non sia concluso; ha inoltre diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso; quest'ultimo termine si estende a 60 giorni qualora il contratto di assicurazione sia connesso all'erogazione di un Mutuo o altro contratto di Finanziamento. Il diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto mediante raccomandata A.R. da inviare a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita – Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna, contenente gli elementi identificativi, rispettivamente, della Proposta o del contratto. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivo eventualmente versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dei costi di emissione trattenuti in caso di recesso e delle eventuali imposte.

Modalità di pagamento del premio dell'emittendo contratto

Il versamento del premio deve essere effettuato solo al momento della stipulazione del contratto, pertanto nessun soggetto è autorizzato a incassare il premio con la sottoscrizione della presente Proposta. Ogni versamento di premio dovrà essere effettuato, a scelta del Contraente, tramite: assegno, circolare o bancario o postale, munito della clausola di non trasferibilità, bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale oppure altri mezzi di pagamento bancario o postale, oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. Per le modalità di pagamento diverse da assegno, il giorno del pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

Tali mezzi di pagamento dovranno essere intestati o girati alla Società ovvero all'Intermediario in tale qualità.

Periodicità del Premio: _____.

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)
(ovvero il Legale rappresentante)

Firma Secondo Assicurando
(ovvero il Legale rappresentante)

Dichiarazioni conclusive

Io sottoscritto:

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente [n. ____ (**)] e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri.
- **PROSCIOLGO** dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'esecutore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Segue Proposta n. _____

Il Contraente dichiara:

- di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- di avere effettuato la designazione generica del/i Beneficiario/i in luogo di quella nominativa nella consapevolezza che ciò può comportare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i (*);
- di essere consapevole che l'eventuale modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata per iscritto alla Società, anche attraverso l'Intermediario incaricato, o effettuata per testamento;
- di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta, i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto
 - assicurativo NON-IBIP (**)
 - d'investimento assicurativo (***)collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:
 - la Raccomandazione personalizzata n. _____ del ____/____/____ (***);
 - il Set Informativo _____;
 - il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione (****);

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)
(ovvero il Legale rappresentante)

Firma Secondo Assicurando (se il prodotto lo prevede)
(ovvero il Legale rappresentante)

(*) solo in caso di designazione generica;

(**) solo per contratti con prestazioni di puro rischio;

(***) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;

(****) solo in caso di operazione di trasformazione;

Dichiaro che i dati relativi alla presente Proposta sono stati da me raccolti, di aver verificato l'identità del Contraente e dell'Assicurato, se diverso dal Contraente, e che la/e firma/e in calce alla presente proposta è/sono stata/e apposta/e in mia presenza.

Firma dell'Intermediario autorizzato

(Luogo)

(data)

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE
ai sensi del D. Lgs. n. 231 del 21/11/07 ("Decreto") e del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

INFORMATIVA AI SENSI dell'Art. 42 del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019
(Astensione)

Gentile contraente. I dati richiesti nel presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo stabiliti dal Decreto. Il conferimento dei dati è necessario e obbligatorio ai sensi dell'art. 19 del Decreto al fine di consentire il rispetto degli obblighi di Adeguata Verifica della Clientela. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto continuativo e di eseguire le operazioni richieste a valere su rapporti continuativi già in essere.

INFORMATIVA AI SENSI dell'ART. 35, comma 7 del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019
(Identificazione del Titolare Effettivo)

Gentile contraente, in riferimento ai dati relativi al Titolare Effettivo del rapporto continuativo è necessario dichiarare, per ogni singola futura operazione posta in essere a valere sul contratto di polizza in corso di instaurazione, se questa sia effettuata per conto di eventuali soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e fornire tutte le indicazioni necessarie per la loro identificazione.

In assenza di specifica indicazione, le future operazioni poste in essere riconducibili al contratto di polizza in corso di instaurazione si presumono effettuate per conto del contraente o del titolare effettivo *sub 2)* del rapporto stesso.

Riferimento al contratto Cod. Agenzia Ramo/polizza

Generalità del Contraente

Cognome e Nome/ Ragione sociale

Luogo e Data di nascita/ Costituzione.....(.....)/...../.....

Codice Fiscale / P.iva

Residenza / Sede Legale ... Prov.....

Via.....n° CAP.....

Cittadinanza.....

Domicilio (se diverso da Residenza).....Prov.....

Via.....n° CAP.....

Tipo Documento identificativo.....n°

Rilasciato dain data

Estremi dell'iscrizione nel registro delle imprese/nel registro delle persone giuridiche.....

Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame

Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata.....

Informazioni sul Contraente Persona Fisica

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
- ☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo

☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

Esecutore coincide con il contraente : ☐ Si ☐ No

Esecutore coincide con il legale rappresentante : ☐ Si ☐ No

Generalità dell'eventuale esecutore per conto del Contraente

Cognome e Nome
Luogo e Data di nascita (.....)/...../.....
Codice Fiscale
Residenza Prov.
Via n° CAP
Cittadinanza
Domicilio (se diverso da Residenza) Prov.
Via n° CAP
Tipo Documento identificativo n°
Rilasciato da in data
Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame
Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata

Relazioni tra contraente ed esecutore:

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
- ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
- ☐ Nessuna delle precedenti
- ☐ Amministratore di sostegno
 - ☐ Esecutore testamentario
 - ☐ Curatore fallimentare
 - ☐ Procuratore
 - ☐ Tutore
 - ☐ Trustee
 - ☐ Altro
- Specificare legame.....

Documentazione raccolta che attesta i poteri del soggetto che agisce in nome e per conto del contraente

- ☐ Procura
- ☐ Delibera assemblea/C.d.A.
- ☐ Provvedimento giudice tutelare
- ☐ Statuto/Visura camerale
- ☐ Sentenza di fallimento

Informazioni sull'Esecutore

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale

- ☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale
☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

Generalità del/dei LEGALI RAPPRESENTANTI

(se il Contraente è una società/ente/associazione/persona giuridica o un minorenni/interdetto esecutore)

1) Carica ricoperta (es. Presidente, Amministratore Delegato, etc.).....
 Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) .../.../...
 Codice Fiscale
 ResidenzaProv.....
 Via.....n° CAP.....
 Domicilio (se diverso da Residenza).....Prov.....
 Via.....n° CAP.....
 Cittadinanza.....
 Tipo Documento identificativo.....n°
 Rilasciato dain data
 Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame
 Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata.....

2) Carica ricoperta (es. Presidente, Amministratore Delegato, etc.).....
 Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) .../.../...
 Codice Fiscale
 ResidenzaProv.....
 Via.....n° CAP.....
 Domicilio (se diverso da Residenza).....Prov.....
 Via.....n° CAP.....
 Cittadinanza.....
 Tipo Documento identificativo.....n°
 Rilasciato dain data
 Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame
 Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata.....

Informazioni sul Legale Rappresentante

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale

- ☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale
☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

Designazione 1° Beneficiario (vita/morte)

- ☐ Denominazione beneficiario.....
 Persona Politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No Carica pubblica occupata/legame
 Politico Locale: ☐ Sì ☐ No Carica occupata.....

Generalità beneficiario (da compilare se il soggetto risulta censito ed è un PEP o Politico Locale o Residente Estero o non è legato da rapporti con il Contraente)

Cognome e Nome/ Ragione sociale
 Luogo e Data di nascita/ Costituzione (.....)/...../.....
 Codice Fiscale / P.iva
 Residenza / Sede Legale Prov.....
 Via.....n°..... CAP.....
 Cittadinanza.....
 Tipo Documento identificativo.....n°.....
 Rilasciato dain data
 Estremi dell'iscrizione nel registro delle imprese/nel registro delle persone giuridiche.....

Relazione tra contraente e beneficiario:

- ☐ Coincidenti
☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
☐ legati da rapporti aziendali o professionali
☐ Nessuna delle precedenti
 ☐ Vincolo affettivo
 ☐ Amicizia
 ☐ Beneficienza
 ☐ Trustee
 ☐ Altro

Specificare legame.....

Designazione II° Beneficiario (vita/morte)

☐ Denominazione beneficiario.....
Persona Politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No Carica pubblica occupata/legame
Politico Locale: ☐ Sì ☐ No Carica occupata.....

Generalità beneficiario (da compilare se il soggetto risulta censito ed è un PEP o Politico Locale o Residente Estero o non è legato da rapporti con il Contraente)

Cognome e Nome/ Ragione sociale
Luogo e Data di nascita/ Costituzione.....(.....)/...../.....
Codice Fiscale / P.iva
Residenza / Sede Legale Prov.....
Via.....n° CAP.....
Cittadinanza.....
Tipo Documento identificativo.....n°
Rilasciato dain data
Estremi dell'iscrizione nel registro delle imprese/nel registro delle persone giuridiche.....

Relazione tra contraente e beneficiario:

- ☐ Coincidenti
☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
☐ legati da rapporti aziendali o professionali
☐ Nessuna delle precedenti
 ☐ Vincolo affettivo
 ☐ Amicizia
 ☐ Beneficienza
 ☐ Trustee
 ☐ Altro
Specificare legame.....

Designazione III° Beneficiario (vita/ morte)

☐ Denominazione beneficiario.....
Persona Politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No Carica pubblica occupata/legame
Politico Locale: ☐ Sì ☐ No Carica occupata.....

Generalità beneficiario (da compilare se il soggetto risulta censito ed è un PEP o Politico Locale o Residente Estero o non è legato da rapporti con il Contraente)

Cognome e Nome/ Ragione sociale
Luogo e Data di nascita/ Costituzione.....(.....)/...../.....
Codice Fiscale / P.iva
Residenza / Sede Legale Prov.....
Via.....n° CAP.....
Cittadinanza.....
Tipo Documento identificativo.....n°
Rilasciato dain data
Estremi dell'iscrizione nel registro delle imprese/nel registro delle persone giuridiche.....

Relazione tra contraente e beneficiario:

- ☐ Coincidenti

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
- ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
- ☐ Nessuna delle precedenti
- ☐ Vincolo affettivo
- ☐ Amicizia
- ☐ Beneficienza
- ☐ Trustee
- ☐ Altro

Specificare legame.....

Designazione IV° Beneficiario (vita/morte)

- ☐ Denominazione beneficiario.....
- Persona Politicamente esposta: ☐ Sì ☐ No Carica pubblica occupata/legame
- Politico Locale: ☐ Sì ☐ No Carica occupata.....

~~**Generalità beneficiario** (da compilare se il soggetto risulta censito ed è un PEP o Politico Locale o Residente Estero o non è legato da rapporti con il Contraente)~~

~~Cognome e Nome/ Ragione sociale~~

~~Luogo e Data di nascita/ Costituzione.....(.....)/...../.....~~

~~Codice Fiscale / P.iva~~

~~Residenza / Sede Legale ... Prov.....~~

~~Via.....n° CAP.....~~

~~Cittadinanza.....~~

~~Tipo Documento identificativo.....n°~~

~~Rilasciato dain data~~

~~Estremi dell'iscrizione nel registro delle imprese/nel registro delle persone giuridiche.....~~

Relazione tra contraente e beneficiario:

- ☐ Coincidenti
- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
- ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
- ☐ Nessuna delle precedenti
- ☐ Vincolo affettivo
- ☐ Amicizia
- ☐ Beneficienza
- ☐ Trustee
- ☐ Altro

Specificare legame.....

LE PAGINE 7 e 8 SONO DA COMPILARE SOLO PER POLIZZE INDIVIDUALI

Compilare solo se Beneficiario persona non fisica diversa dal Contraente con Sede Legale estera o non legato da rapporti con il Contraente. Se presente più di un Titolare effettivo del Beneficiario compilare i dati per ognuno di essi.

Io/noi sottoscritto/i come sopra identificato/i, nella mia/nostra qualità di Contraente/Esecutore per conto del Contraente

DICHIARO/DICHIARIAMO

che il/i Titolare/i Effettivo/i del Beneficiario persona non fisica è/sono la/le persona/e appresso indicata/e.

Titolare effettivo del Beneficiario persona non fisica

Cognome e Nome.....
Luogo e Data di nascita.....(.....)/...../.....
Codice Fiscale
ResidenzaProv.....
Via.....n° CAP.....
Domicilio (se diverso da Residenza).....Prov.....
Via.....n° CAP.....
Tipo Documento identificativo.....n°
Cittadinanza.....
Rilasciato dain data
Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame
Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata.....

Relazione tra beneficiario e titolare effettivo del Beneficiario persona non fisica

- ☐ Persona fisica titolare di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica titolare indiretto di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica che controlla la maggioranza dei voti in assemblea
- ☐ Persona fisica che controlla voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che, per il tramite di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fondatore, beneficiario e legale rappresentante nell'ambito di una persona giuridica privata, di cui al D.P.R. 361/2000
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fiduciario, disponente, guardiano e beneficiario nell'ambito di trust e istituti affini
- ☐ Persona fisica titolare di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione
- ☐ Fiduciante.....
- ☐ Altro (specificare).....

Informazioni sul Titolare effettivo del Beneficiario persona non fisica

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo

- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale
☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

Il contratto si configura come "Contratto per conto altrui (PCA)?"

- ☐ SI
☒ NO

Esiste una persona fisica o più persone fisiche, diverse dal Contraente, nell'interesse della quale o delle quali, è stipulata la polizza?

- ☐ SI
☐ NO

Io/noi sottoscritto/i come sopra identificato/i, nella mia/nostra qualità di Contraente/Esecutore per conto del Contraente

DICHIARO/DICHIARIAMO

che il Titolare Effettivo del Contraente (persona fisica e giuridica) del rapporto è:

- ☐ Io/gli stesso/i Legale/i Rappre.te/i ☐ Ia/le persone appresso indicate

I° Titolare effettivo - Cognome e Nome

Luogo e Data di nascita (.....) .../.../...

Codice Fiscale

Residenza **Prov.**

Via **n°** **CAP**

Domicilio (se diverso da Residenza) **Prov.**

Via **n°** **CAP**

Tipo Documento identificativo **n°**

Cittadinanza

Rilasciato da **in data**

Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No **Carica pubblica occupata/legame**

Politico Locale: ☐ Si ☐ No **Carica occupata**

Relazione tra contraente e titolare effettivo

- ☐ Persona fisica titolare di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica titolare indiretto di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica che controlla la maggioranza dei voti in assemblea
- ☐ Persona fisica che controlla voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che, per il tramite di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fondatore, beneficiario e legale rappresentante nell'ambito di una persona giuridica privata, di cui al D.P.R. 361/2000
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fiduciario, disponente, guardiano e beneficiario nell'ambito di trust e istituti affini
- ☐ Persona fisica titolare di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione
- ☐ Persona fisica per conto della quale viene effettuata la richiesta

- ☐ Fiduciante.....
- ☐ Altro (specificare).....

Informazioni sul Titolare effettivo

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
- ☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

II° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....

Luogo e Data di nascita.....(.....)/...../.....

Codice Fiscale

ResidenzaProv.....

Via.....n°.....CAP.....

Domicilio (se diverso da Residenza).....Prov.....

Via.....n°.....CAP.....

Tipo Documento identificativo.....n°.....

Cittadinanza.....

Rilasciato dain data

Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No Carica pubblica occupata/legame

Politico Locale: ☐ Si ☐ No Carica occupata.....

Relazione tra contraente e titolare effettivo

- ☐ Persona fisica titolare di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica titolare indiretto di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
- ☐ Persona fisica che controlla la maggioranza dei voti in assemblea
- ☐ Persona fisica che controlla voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che, per il tramite di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante in assemblea
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fondatore, beneficiario e legale rappresentante nell'ambito di una persona giuridica privata, di cui al D.P.R. 361/2000
- ☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fiduciario, disponente, guardiano e beneficiario nell'ambito di trust e istituti affini
- ☐ Persona fisica titolare di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione

- ☐ Persona fisica per conto della quale viene effettuata la richiesta
☐ Fiduciante.....
☐ Altro (specificare).....

Informazioni sul Titolare effettivo

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale
☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
☐ Dirigente/Soggetto Apicale
☐ Imprenditore
☐ Libero Professionista
☐ Lavoratore autonomo
☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

III° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....
Luogo e Data di nascita..... (.....)/...../.....
Codice Fiscale
Residenza Prov.....
Via.....n° CAP.....
Domicilio (se diverso da Residenza)..... Prov.....
Via.....n° CAP.....
Tipo Documento identificativo.....n°
Cittadinanza.....
Rilasciato dain data
Persona Politicamente esposta: ☐ Si ☐ No **Carica pubblica occupata/legame**
Politico Locale: ☐ Si ☐ No **Carica occupata**.....

Relazione tra contraente e titolare effettivo

- ☐ Persona fisica titolare di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
☐ Persona fisica titolare indiretto di una percentuale superiore al 25 per cento del capitale dell'entità giuridica
☐ Persona fisica che controlla la maggioranza dei voti in assemblea
☐ Persona fisica che controlla voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
☐ Persona fisica che, per il tramite di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante in assemblea
☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fondatore, beneficiario e legale rappresentante nell'ambito di una persona giuridica privata, di cui al D.P.R. 361/2000
☐ Persona fisica che ricopre il ruolo di fiduciario, disponente, guardiano e beneficiario nell'ambito di trust e istituti affini

- ☐ Persona fisica titolare di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione
- ☐ Persona fisica per conto della quale viene effettuata la richiesta
- ☐ Fiduciante.....
- ☐ Altro (specificare).....

Informazioni sul Titolare effettivo

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga/studente)
- ☐ Pensionato (Specificare precedente occupazione).....

Specificare precedente occupazione

- ☐ Dipendente o assimilati
- ☐ Dirigente/Soggetto Apicale
- ☐ Imprenditore
- ☐ Libero Professionista
- ☐ Lavoratore autonomo
- ☐ Non occupato (disoccupato/casalinga)

Codice T.A.E.: _____ Descrizione _____

2 – Altre informazioni sul rapporto e sul cliente

Dati sul rapporto

- ☐ Apertura di nuovo rapporto
- ☐ Apertura di rapporto per cambio di contraenza a soggetto legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il contraente
- ☐ Apertura di rapporto per cambio di contraenza a soggetto non legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il contraente

Specificare il legame tra le parti

Informazioni sull'assicurato

- ☐ Assicurato coincidente con il Contraente
- ☐ Assicurato legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il contraente
- ☐ Assicurato non legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il contraente
 - ☐ Vincolo affettivo
 - ☐ Amicizia
 - ☐ *Trustee*
 - ☐ Altro

Specificare il legame tra le parti

Tipo Polizza

- ☐ Polizza Vita tradizionale a premio annuo
- ☐ Polizza Vita tradizionale a premio unico
- ☐ Polizza Vita Unit/Index Linked
- ☐ Polizza Vita temporanea
- ☐ LTC (Long Term Care)
- ☐ Polizza di capitalizzazione
- ☐ Polizza con rendita immediata

Caratteristiche della Polizza:

- ☐ Polizza con incasso cedole
- ☐ Rapporto aperto con un piano di pagamento predefinito
- ☐ Rapporto aperto con un piano di pagamenti libero
- ☐ Altro

Scopo del rapporto:

- ☐ Protezione famiglia
- ☐ Risparmio famiglia
- ☐ Investimento famiglia
- ☐ Protezione aziendale
- ☐ Risparmio aziendale
- ☐ Investimento aziendale

Fascia di reddito/fatturato del cliente:

- ☐ da € 0 a € 2.500,00
- ☐ da € 2.500,01 a € 20.000,00
- ☐ da € 20.000,01 a € 50.000,00
- ☐ da € 50.000,01 a € 100.000,00
- ☐ da € 100.000,01 a € 250.000,00
- ☐ da € 250.000,01 a € 500.000,00
- ☐ da € 500.000,01 a € 1.000.000,00
- ☐ da € 1.000.000,01 a € 2.000.000,00
- ☐ da € 2.000.000,01 a € 10.000.000,00
- ☐ da € 10.000.000,01 a € 50.000.000,00
- ☐ oltre € 50.000.000,00

Ulteriori informazioni economiche per il contraente persona non fisica

Risultato economico ultimo esercizio:

- ☐ Utile
- ☐ Perdita

Numero di esercizi consecutivi in perdita compreso l'ultimo:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 o oltre

Sezione da compilare solo in caso di variazione contraenza:

La cessione è avvenuta a titolo oneroso?

- ☐ SI
☐ NO

Provenienza delle somme corrisposte dal contraente subentrante per la cessione

- ☐ Reddito da lavoro dipendente
☐ Reddito da lavoro autonomo
☐ Vincita
☐ Lascito/ Donazione

Relazione tra Contraente subentrante e Donante (non compilare in caso di polizza Collettiva)

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
☐ legati da rapporti aziendali o professionali
☐ Nessuna delle precedenti
☐ Vincolo affettivo
☐ Amicizia
☐ Altro

Specificare legame

- ☐ Eredità

Relazione tra Contraente subentrante e soggetto deceduto (non compilare in caso di polizza Collettiva)

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
☐ legati da rapporti aziendali o professionali
☐ Nessuna delle precedenti
☐ Vincolo affettivo
☐ Amicizia
☐ Altro

Specificare legame

- ☐ Divorzio
☐ Brevetti e diritti di autore
☐ Prestito da altro intermediario
☐ Cliente reddituario da precedente occupazione
☐ Vendita di immobili/Rendite di immobili di proprietà del Contraente
☐ Vendita di immobili/Rendite di immobili di proprietà di soggetti terzi

- ☐ Utile societario/Reddito da impresa
- ☐ Disinvestimento
- ☐ Reinvestimento
- ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro vita
- ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
- ☐ Scudo fiscale
- ☐ Voluntary disclosure (collaborazione volontaria)
- ☐ Disponibilità in c/c
- ☐ Investimento TFR
- ☐ Pensione
- ☐ Altro (specificare).....

Mezzo di pagamento delle somme corrisposte dal contraente subentrante per la cessione

- ☐ Bonifico
- ☐ Assegno Bancario
- ☐ Assegno Circolare
- ☐ Bollettino Postale
- ☐ Bancomat/Carta di credito
- ☐ Fondi già in compagnia da reinvestimento polizza

Informazioni sull'ordinante (solo in caso di bonifico)

- ☐ Ordinante coincidente con il Contraente subentrante
- ☐ Ordinante diverso dal Contraente subentrante
 - Cognome Nome/Denominazione Ordinante.....
 - Specificare il legame tra le parti
 - ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
 - ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
 - ☐ Nessuna delle precedenti
 - Specificare Legame.....

Paese di provenienza delle somme corrisposte dal contraente subentrante per la cessione:

.....

Provenienza delle somme

- ☐ Reddito da lavoro dipendente
- ☐ Reddito da lavoro autonomo
- ☐ Vincita
- ☐ Lascito/ Donazione

Relazione tra Contraente e Donante (non compilare in caso di polizza Collettiva)

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
- ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
- ☐ Nessuna delle precedenti
 - ☐ Vincolo affettivo
 - ☐ Amicizia
 - ☐ Altro

Specificare legame

- ☐ Eredità

Relazione tra Contraente e soggetto deceduto (non compilare in caso di polizza Collettiva)

- ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
- ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
- ☐ Nessuna delle precedenti
 - ☐ Vincolo affettivo
 - ☐ Amicizia
 - ☐ Altro

Specificare legame

- ☐ Divorzio
- ☐ Brevetti e diritti di autore
- ☐ Prestito da altro intermediario
- ☐ Cliente reddituario da precedente occupazione
- ☐ Vendita di immobili/Rendite di immobili di proprietà del Contraente
- ☐ Vendita di immobili/Rendite di immobili di proprietà di soggetti terzi
- ☐ Utile societario/Reddito da impresa
- ☐ Disinvestimento
- ☐ Reinvestimento
- ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro vita
- ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
- ☐ Scudo fiscale

- ☐ Voluntary disclosure (collaborazione volontaria)
- ☐ Disponibilità in c/c
- ☐ Investimento TFR
- ☐ Pensione
- ☐ Altro (specificare).....

Tipo di Operazione

- ☐ Versamento iniziale/Premio Unico – Importo.....
- ☐ Versamento aggiuntivo (ad integrazione) – Importo.....
- ☐ Riscatto totale – Importo.....
- ☐ Riscatto parziale – Importo.....
- ☐ Anticipazione – Importo.....
- ☐ Prestito – Importo.....
- ☐ Liquidazione a scadenza o per sinistro – Importo.....
- ☐ Aggiornamenti dati

Mezzi di pagamento

- ☐ Bonifico
- ☐ Assegno Bancario
- ☐ Assegno Circolare
- ☐ Bollettino Postale
- ☐ Bancomat/Carta di credito
- ☐ Fondi già in compagnia da reinvestimento polizza

Informazioni sull'ordinante (solo in caso di bonifico)

- ☐ Ordinante coincidente con il Contraente
- ☐ Ordinante diverso dal Contraente
 - Cognome Nome/Denominazione Ordinante.....
 - Specificare il legame tra le parti
 - ☐ legati da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio (ivi comprese le unioni civili tra persone dello stesso sesso) o di convivenza di fatto
 - ☐ legati da rapporti aziendali o professionali
 - ☐ Nessuna delle precedenti
 - Specificare Legame.....

Paese di provenienza delle somme:

Area Geografica di localizzazione dell'attività svolta o degli affari (da compilare in caso di contraente persona non fisica)

☐ Prevalentemente all'estero

☐ Prevalentemente in Italia

Specificare Regione.....

Specificare Provincia

Paese con il quale il contraente ha collegamenti significativi (da compilare in caso di contraente persona non fisica).....

Informazioni sul contraente Persona non fisica (da compilare anche in caso di obblighi semplificati):

☐ S.p.A.

☐ Persona giuridica (eccetto S.p.A.)/Ditta individuale

☐ Società Cooperativa

☐ Società Anonima

☐ Trust/strutture analoghe

Classe.....

☐ Enti religiosi

☐ Non profit/strutture analoghe

Classe.....

Ulteriori Informazioni sul contraente Persona non fisica

☐ Money Transfer

☐ Bookmaker

☐ Cambia valute

☐ Compro oro

☐ Nessuna delle precedenti

Settore economico di appartenenza

☐ Giochi e scommesse

☐ Raccolta e smaltimento rifiuti

☐ Edilizia

☐ Sanità

☐ Commercio di armi

☐ Industria bellica

☐ Industria estrattiva

☐ Produzione di energie rinnovabili

☐ Nessuna delle precedenti

Codice Sintetico: _____ Descrizione _____

Codice S.A.E.: _____ Descrizione _____

Codice ATECO: _____ Descrizione _____

Rilascio/amo la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti di cui all'Art 22 del Decreto e Art. 39 e seguenti del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la mia/nostra esclusiva responsabilità e consapevole/i del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei miei/nostri confronti le sanzioni penali ed amministrative previste dal Codice Penale e dalle norme speciali.

Sono/siamo stato/i informato/i che in base all'Art. 42 del Decreto quando gli enti o le persone soggetti al Decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dall'articolo 18, comma 1, lettere a), b) e c), non possono instaurare il rapporto continuativo ne' eseguire operazioni o prestazioni professionali, ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere.

In riferimento ai dati relativi al Titolare Effettivo del rapporto continuativo, sono/siamo stato/i altresì informato/i sulla necessità di dichiarare, per ogni singola futura operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie per la loro identificazione.

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

Firma dell'Intermediario procuratore
(per accertamento dell'identità del/i sottoscrittore/i e attestazione della
veridicità della/e firma/e apposta/e)

DEFINIZIONI

Titolare effettivo

Art. 2, comma 1, lettera vv) del Regolamento IVASS n. 44 del 12 febbraio 2019

- i. la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione (in breve, "titolare effettivo sub 1");
- ii. nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo (in breve, "titolare effettivo sub 2"),
- iii. la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica,
 - che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, o
 - a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (in breve, "titolare effettivo sub 3");

i criteri di cui agli articoli 20 e 22, comma 5, del decreto antiriciclaggio, in quanto compatibili, si applicano per individuare il titolare effettivo anche nei casi in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o effettua un'operazione oppure il beneficiario siano

- i. società, anche di persone,
- ii. altri soggetti giuridici privati, anche se con sede all'estero,
- iii. trust espressi, indipendentemente dal relativo luogo di istituzione e dalla legge ad essi applicabile.

Art. 20 - "Criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche" del Decreto

- 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)

Persone politicamente esposte

Art.1, comma 2, lettere dd) del Decreto

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 e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti 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: 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.

Politico Locale

Le persone fisiche che occupano cariche pubbliche in ambiti non compresi nella nozione di persona politicamente esposta, per i quali sussiste una rilevante esposizione al rischio di corruzione, inclusi gli amministratori locali, i soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo consiglieri comunali e assessori (di qualunque comune), sindaci di comuni sotto i 15.000 abitanti, consiglieri e assessori provinciali, presidenti di provincia, direttori e presidenti di consorzi (consorzi agricoli, forestali o idrici), presidenti di camere di commercio, magistrati di Tribunali e Corti d'Appello.

Codici e descrizioni per T.A.E. (Tipo Attività Economica)

Codice	Descrizione
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 E 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 PUBBLICITA', 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, DIREZIONALE E GESTIONALE
026	COMMERCIO DI ANTIQUARIATO E OGGETTI D'ARTE
027	SALA CORSE E CASE DA GIOCO

ULTERIORI INFORMAZIONI

Riferimento al contratto Cod. Agenzia N. proposta

Modalità di svolgimento del rapporto continuativo

- ☐ In presenza del cliente/esecutore
- ☐ Mediante telefono o attraverso internet

Comportamento tenuto dal cliente all'instaurazione del rapporto

- ☐ Normale
- ☐ Riluttante a fornire informazioni sufficienti
- ☐ Il cliente ha chiesto di ristrutturare il rapporto o l'operazione perché l'originaria impostazione implicava l'identificazione o un supplemento di istruttoria
- ☐ Il cliente intende operare con modalità non usuali
- ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione

Compatibilità del rapporto con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente

- ☐ Polizza compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente
- ☐ Polizza non compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente
- ☐ Non conoscenza della compatibilità

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma dell'Intermediario procuratore
(per accertamento dell'identità del/i sottoscrittore/i e attestazione della
veridicità della/e firma/e apposta/e)

Agenzia		N. Questionario	
Nome e Cognome			
Cod. Fiscale			
Legale Rappresentante			
Cod. Fiscale			

☒ **Persona Fisica**

☐ **Persona Giuridica**

☒ **Risparmio/Investimento**

☐ **Protezione assicurativa**

☐ **Previdenza/Pensione Complementare**

Gentile Cliente,

in considerazione del bisogno di Risparmio/Investimento da Lei espresso, acquisiamo le informazioni richieste nel presente Questionario al fine di agire nel suo migliore interesse e di fornirle raccomandazioni personalizzate nell'ambito di un servizio di consulenza, anche periodica, riguardante la valutazione dell'adeguatezza dei prodotti raccomandati.

Il Questionario è uno strumento indispensabile per impostare un rapporto corretto e trasparente. È quindi nel suo interesse fornire informazioni esatte, accurate e sempre aggiornate. Considerato che la mancanza di una o più delle informazioni richieste non permette di fornirle alcuna raccomandazione personalizzata, è di fondamentale importanza che Lei si assicuri che le informazioni inserite siano complete.

A. ESPERIENZA E CONOSCENZA

- 1 Che professione svolge attualmente o svolgeva prima del pensionamento?
☐ a. Operaio/comMESSO;
☐ b. Impiegato;
☐ c. Quadro;
☐ d. Libero professionista/imprenditore;
☐ e. Magistrato/avvocato/notaio/commercialista;
☐ f. Architetto/ingegnere;
☐ g. Dirigente;
☐ h. Non occupato;
☐ i. Altro;
- 2 Quali sono i settori economici in cui ha esercitato o esercita attualmente la sua professione? (è possibile fornire più di una risposta)
☐ a. Finanziario/assicurativo;
☐ b. Terziario/servizi;
☐ c. Industriale/agricoltura;
☐ d. Altro;
☐ e. Non esercito e non ho mai esercitato alcuna professione;
- 3 Indichi l'ultimo titolo di studio che ha conseguito:
☐ a. Inferiore alla scuola secondaria superiore;
☐ b. Diploma/Licenza Secondaria superiore;
☐ c. Laurea;
☐ d. Specializzazione post laurea (master);
- 4 Conosce i prodotti d'investimento assicurativo e/o gli strumenti finanziari che seguono ed è in grado di valutarne le rispettive caratteristiche tecniche e profili di rischio? (è possibile fornire più di una risposta)
☐ a. Prodotti assicurativi rivalutabili;
☐ b. Prodotti assicurativi Unit Linked;
☐ c. Prodotti assicurativi Multiramo;
☐ d. Prodotti assicurativi Index Linked;
☐ e. Fondi comuni di investimento / Sicav;
☐ f. Strumenti finanziari di tipo monetario (es. pronti contro temine, certificati di deposito);
☐ g. Strumenti finanziari di tipo obbligazionario (es. titoli di stato, obbligazioni non strutturate, Etf obbligazionari);
☐ h. Strumenti finanziari di tipo azionario (es. azioni, Etf azionari);
☐ i. Strumenti finanziari strutturati / derivati (es. obbligazioni subordinate / convertibili, Etf a leva, certificates esotici, covered warrant, opzioni, futures)
☐ j. Non conosco nessuno dei prodotti d'investimento assicurativo e/o degli strumenti finanziari sopra indicati;

Segue questionario n. _____

- 5 A suo avviso, quale delle seguenti scelte consente di ridurre il rischio complessivo degli investimenti?
- ☐ a. Investire unicamente in un prodotto d'investimento assicurativo / strumento finanziario che ha avuto un andamento molto superiore al mercato nell'ultimo periodo;
 - ☐ b. Investire in prodotti d'investimento assicurativi e strumenti finanziari di diversa tipologia;
 - ☐ c. Investire in prodotti d'investimento assicurativi e strumenti finanziari della stessa tipologia;
 - ☐ d. Non so;
- 6 I prodotti d'investimento assicurativo consentono di smobilizzare l'investimento prima del loro termine ?
- ☐ a. No, mai;
 - ☐ b. Si;
 - ☐ c. Non so;
- 7 Qual è il numero di assicurazioni vita o di capitalizzazione che ha sottoscritto fino ad oggi?
- ☐ a. 0;
 - ☐ b. 1 - 2;
 - ☐ c. 3 - 4;
 - ☐ d. Oltre 4;
- 8 L'esito complessivo delle sue scelte d'investimento negli ultimi 3 anni ha soddisfatto i suoi obiettivi?
- ☐ a. Si;
 - ☐ b. No;
 - ☐ c. Non so;
 - ☐ d. Non ho mai effettuato operazioni;

B. SITUAZIONE FINANZIARIA

- 9 Qual è la sua età?
- ☐ a. Inferiore ai 30 anni;
 - ☐ b. Tra 30 anni e 45 anni;
 - ☐ c. Tra 46 anni e 65 anni;
 - ☐ d. Tra 66 anni e 80 anni;
 - ☐ e. Superiore ad 80 anni;
- 10 Ha delle persone a carico?
- ☐ a. No;
 - ☐ b. Si, una o due;
 - ☐ c. Si, tre;
 - ☐ d. Si, più di tre;
- 11 Qual è la sua principale fonte di reddito?
- ☐ a. Nessuna;
 - ☐ b. Reddito da lavoro autonomo;
 - ☐ c. Reddito da lavoro dipendente a tempo determinato;
 - ☐ d. Reddito da lavoro dipendente a tempo indeterminato;
 - ☐ e. Reddito da pensione;
 - ☐ f. Reddito da locazione;
 - ☐ g. Reddito da investimenti;
- 12 Indicativamente, qual è la sua capacità di risparmio su base annua, in considerazione dei suoi impegni finanziari, del suo reddito, delle sue spese correnti?
- ☐ a. Nessuna;
 - ☐ b. Fino 5.000€;
 - ☐ c. Da 5.001€ a 15.000€;
 - ☐ d. Oltre 15.000€;
- 13 Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sulla crescita futura dei suoi risparmi?
- ☐ a. In crescita;
 - ☐ b. Stazionaria;
 - ☐ c. In diminuzione;
- 14 Qual è il suo patrimonio complessivo (già impiegato o disponibile) per investimenti finanziari o assicurativi?
- ☐ a. Inferiore a 20.000€;
 - ☐ b. Da 20.001€ a 50.000€;
 - ☐ c. Da 50.001€ a 200.000€;
 - ☐ d. Superiore a 200.000€;

Segue questionario n. _____

C. OBIETTIVI D'INVESTIMENTO

- 15 Quale è la principale finalità del suo investimento?
- ☐ a. Impiego temporaneo della liquidità;
 - ☐ b. Impiego della liquidità senza particolari limitazioni temporali;
 - ☐ c. Investimenti di lungo periodo;
 - ☐ d. Speculativo
- 16 Qual è la sua propensione al rischio e quali livelli di rendimento si attende dai suoi investimenti?
- ☐ a. Basso: il mio obiettivo è la protezione del capitale nel tempo, non tollero oscillazioni di valore del capitale investito e di conseguenza accetto rendimenti anche molto contenuti;
 - ☐ b. Medio-Basso: sono disposto a sopportare eventuali contenute oscillazioni del valore dell'investimento e di conseguenza accetto rendimenti modesti alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato;
 - ☐ c. Medio: sono disposto a sopportare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo per ottenere rendimenti potenzialmente maggiori alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato;
 - ☐ d. Medio-Alta: sono disposto a sopportare ampie oscillazioni del valore dell'investimento nell'ottica di perseguire una crescita significativa del capitale nel tempo;
 - ☐ e. Alta: perseguo il massimo rendimento anche con il rischio di subire perdite molto ampie, fino all'intero capitale investito;
- 17 Qual è l'orizzonte temporale in cui si prefigge di raggiungere i suoi obiettivi di investimento?
- ☐ a. Breve: pari o inferiore a 5 anni;
 - ☐ b. Medio: tra 6 e 10 anni;
 - ☐ c. Lungo: pari o superiore a 11 anni;

Sezione compilata dalla procedura informatica

Il Cliente dichiara di avere ricevuto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Il Cliente, avendo ben compreso le domande inserite nel Questionario, dichiara di aver fornito informazioni veritiere, esatte, complete, accurate e aggiornate nella consapevolezza che sarà suo onere comunicare tempestivamente ogni variazione alle stesse. Dichiara altresì di aver ricevuto il presente Questionario.

Luogo _____

Data _____

Firma del Cliente
(ovvero il Legale Rappresentante)

Firma dell'Intermediario o addetto all'intermediazione
(per accertamento dell'identità del sottoscrittore e attestazione della veridicità della firma apposta)



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584 - Capitale sociale in Euro 2.031.456.338,00
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE SUI "CONTRAENTI COLLEGATI"
ai sensi dell'art. 5 comma 2 del Regolamento ISVAP n. 38 del 3 giugno 2011 (il "Regolamento")

Io sottoscritto

Cognome e Nome/Denominazione/Ragione Sociale _____

Legale Rappresentante (se Contraente è persona giuridica) _____

(il "Contraente")

Contraente del contratto n. _____

PRESO ATTO

- che UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (la "**Compagnia**"), è tenuta, ai sensi del Regolamento, ad individuare gli importi massimi (i "**Limiti Massimi**") che possono essere movimentati in entrata ed in uscita da una gestione separata mediante contratti a prestazioni rivalutabili **da un unico contraente o da più contraenti, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi**,

- che, a tal fine, sono da considerarsi **Contraenti Collegati** i soggetti che si trovano nei seguenti rapporti col Contraente:

1. Rapporto di controllo

Ai sensi dell'art. 2359, primo comma, Codice Civile, sono considerate società/enti controllate/i:

- a) le società/enti in cui un'altra società/ente dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria (controllo di diritto);
- b) le società/enti in cui un'altra società/ente dispone di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria (controllo di fatto)¹;
- c) le società/enti che sono sotto influenza dominante di un'altra società/enti in virtù di particolari vincoli contrattuali con essa (controllo contrattuale)²

2. Rapporto di collegamento

Ai sensi dell'art. 2359 comma 3, Codice Civile, sono considerate collegate le società/enti sulle quali un'altra società/ente esercita un'influenza notevole. L'influenza si presume quando nell'assemblea ordinaria può essere esercitato almeno un quinto dei voti ovvero un decimo se la società ha azioni quotate in mercati regolamentati³.

3. Rapporto di parentela

Sono considerati "stretti familiari":

- a) il figlio e il coniuge non legalmente separato o il convivente del Contraente;
- b) i figli del coniuge non legalmente separato o del convivente del Contraente;
- c) le persone a carico del contraente o del coniuge non legalmente separato o del convivente del Contraente.

¹ Il controllo di fatto ricorre allorché il numero delle azioni possedute, pur essendo inferiore a quanto previsto al punto 1. Lett. a), consenta ugualmente di influire in modo determinante sulla formazione delle deliberazioni in assemblea ordinaria, per esempio, a causa del frazionamento del capitale sociale con azionariato diffuso tra il pubblico dei risparmiatori.

² Il controllo contrattuale ricorre allorché l'influenza dominante sussiste a seguito di particolari vincoli contrattuali, a prescindere, quindi, dal possesso da parte delle società controllate di partecipazioni azionarie.

³ Ai fini dell'applicazione dei numeri 1) e 2) si computano anche i voti spettanti a società controllate, a società fiduciarie e a persona interposta (c.d. "controllo indiretto"); non si computano i voti spettanti per conto di terzi (quali ad es. i voti per delega).

DICHIARO

(opzioni da barrare in occasione della stipula del contratto, di cambio di contraenza)

- ☐ di **non essere a conoscenza** di soggetti qualificabili come **Contraenti Collegati**, secondo la definizione sopra riportata, che, negli ultimi 30 giorni, abbiano concluso un contratto a prestazioni rivalutabili collegato alla medesima gestione separata del contratto da me sottoscritto;
- ☐ di **essere a conoscenza** che i seguenti soggetti, qualificabili come **Contraenti Collegati** secondo la definizione sopra riportata, negli ultimi 30 giorni, hanno concluso un contratto a prestazioni rivalutabili collegato alla medesima gestione separata del contratto da me sottoscritto, e che pertanto la Compagnia, ai fini della verifica dei Limiti Massimi, deve far riferimento alla somma degli importi movimentati, in entrata, dal sottoscritto Contraente e dai soggetti di seguito indicati:

Nome e Cognome / Denominazione/Ragione sociale _____

CF/P.IVA _____

Residenza/Sede legale _____

Tipo collegamento 1 a) 1b) 1 c) 2 3 a) 3b) 3 c)

(fare una crocetta sulle lettere corrispondenti al tipo collegamento riportato sopra in essere tra il Contraente e il soggetto indicato)

Nome e Cognome / Denominazione/Ragione sociale _____

CF/P.IVA _____

Residenza/Sede legale _____

Tipo collegamento 1 a) 1b) 1 c) 2 3 a) 3b) 3 c)

(fare una crocetta sulle lettere corrispondenti al tipo collegamento riportato sopra in essere tra il Contraente e il soggetto indicato)

Nome e Cognome / Denominazione/Ragione sociale _____

CF/P.IVA _____

Residenza/Sede legale _____

Tipo collegamento 1 a) 1b) 1 c) 2 3 a) 3b) 3 c)

(fare una crocetta sulle lettere corrispondenti al tipo collegamento riportato sopra in essere tra il Contraente e il soggetto indicato)

Data _____

Firma del Contraente _____

Parte riservata all'Intermediario

Dichiaro di aver verificato l'identità del Sig. _____

e che la firma in calce alla presente Dichiarazione è stata apposta in mia presenza

il _____

L'Intermediario _____

L'Agente _____

☐ Agente ☐ Sub - Agente ☐ Collaboratore

_____ a garanzia dell'operato e dell'identità dei suoi collaboratori

INFORMATIVA

Il *Foreign Account Tax Compliance Act* ("FATCA") è la normativa statunitense volta a contrastare l'evasione fiscale realizzata da cittadini e residenti statunitensi mediante conti intrattenuti presso istituzioni finanziarie, tra le quali le imprese assicurative, e operanti in giurisdizioni estere. Negli Stati Uniti tale normativa è entrata in vigore l'1 luglio 2014.

Il 10 gennaio 2014 il Governo italiano ha sottoscritto con il Governo statunitense l'Accordo Intergovernativo finalizzato ad applicare la normativa FATCA e in data 8 luglio 2015 è entrata in vigore la legge n. 95 del 18 giugno 2015 di ratifica ed esecuzione del predetto Accordo.

La suddetta normativa italiana di recepimento del FATCA prevede, con effetto retroattivo dal **1° luglio 2014**, in capo agli istituti finanziari italiani, inclusa la presente Società, **obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente statunitense ("U.S. Person") della clientela**, anche mediante raffronto con altre informazioni acquisite dalla Società ed attività di monitoraggio da questa operate, con conseguenti comunicazioni per obbligo di legge all'Agenzia delle Entrate che provvederà alla trasmissione delle informazioni relative ai clienti U.S. Person al fisco statunitense (*Internal Revenue Service* – IRS).

Ai sensi della normativa FATCA, nel caso di rifiuto in tutto o in parte a fornire le informazioni necessarie alla identificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente statunitense o l'eventuale documentazione richiesta dalla Società dopo la conclusione del contratto, la stessa comunicherà all'Agenzia delle Entrate i dati del Contraente e degli aventi diritto alle prestazioni assicurate, in presenza di elementi di americanità.

Con la legge n. 95 del 18 giugno 2015 sono state, inoltre, emanate disposizioni concernenti gli adempimenti da espletare al fine di dare attuazione allo scambio automatico di informazioni derivanti da accordi tra l'Italia e altri Stati Esteri, diversi dagli Stati Uniti d'America, scambio da effettuarsi attraverso uno standard di comunicazione condiviso elaborato dall'OCSE, denominato "*Common Reporting Standard*" o "*CRS*". La suddetta normativa prevede, con effetto dal **1° gennaio 2016**, in capo agli istituti finanziari italiani, inclusa la presente Società, **obblighi di identificazione e rilevamento di taluni dati con riferimento alla clientela fiscalmente non residente in Italia**.

Si precisa pertanto che per i conti finanziari oggetto di comunicazione, ai sensi della normativa CRS, la Società trasmetterà annualmente all'Agenzia delle Entrate, i dati dei Contraenti e degli aventi diritto alle prestazioni assicurate fiscalmente residenti in giurisdizioni estere aderenti al "*Common Reporting Standard*".

Al fine di dare corretta attuazione alle normative sopra citate, al Cliente è richiesto di sottoscrivere un'autocertificazione in cui dichiarare i) il proprio Status o meno di U.S. Person o di residenza fiscale estera; ii) la presa d'atto degli obblighi di monitoraggio e comunicazione previste dalle citate normative in capo alla Società e iii) l'impegno a comunicare tempestivamente alla Società ogni variazione dei dati precedentemente dichiarati.

La Compagnia è obbligata ad assumere le informazioni richieste le quali, nei casi previsti dalla legge, dovranno essere trasmesse all'Agenzia delle Entrate. Qualora la Compagnia non sia in condizione di adempiere agli obblighi di legge anche per omessa, incompleta o inesatta comunicazione delle informazioni, è passibile di sanzioni amministrative.

AUTOCERTIFICAZIONE FATCA/CRS - CLIENTELA PERSONE FISICHE (ivi comprese le ditte individuali)

Si richiede al Cliente di compilare i seguenti dati allo scopo di certificare il proprio status di **U.S. Person** o di **NON U.S. Person** e/o di **residenza fiscale estera**

Proposta/Certificato di capitalizzazione oppure Polizza/Contratto

Numero

Agenzia

Agenzia

Cod. Agenzia

Cod. Subagenzia

Cod. Produttore

Il sottoscritto in qualità di (indicare con una "X" il caso che ricorre)

☐ Contraente

☐ Avente diritto (in caso di liquidazione)

Cognome e Nome

Sesso

Codice Fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Provincia di nascita

Stato di nascita

Documento di riconoscimento

Documento di riconoscimento		Numero	
Tipo			
Data di rilascio	Data di scadenza	Autorità	
__/__/__	__/__/__		
Località di rilascio		Provincia	Stato

Numero di telefono con prefisso internazionale (se presente)

Residenza anagrafica

Indirizzo	Comune	Cap
Località	Provincia	Stato

Domicilio

Indirizzo	Comune	Cap
Località	Provincia	Stato

Recapito postale

Indirizzo		Comune		Cap
Località		Provincia	Stato	

Casella Postale/Fermo posta

Indirizzo	Comune	Cap
Località	Provincia	Stato

Dichiara di avere cittadinanza negli <u>Stati Uniti d'America</u> oppure di essere in possesso della "Green Card"	☐ Sì	☐ No
Dichiara di avere residenza fiscale negli <u>Stati Uniti d'America</u>	☐ Sì	☐ No
Procura o attribuzione dei poteri di firma conferiti ad un soggetto con indirizzo statunitense	☐ Sì	☐ No
TIN Statunitense - (compilare solo in caso di risposta affermativa ed allegare fotocopia)		

Dichiara di avere una residenza fiscale in uno Stato estero (Paese diverso dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America¹) ☐ Sì ☐ No

[illegible]

Dichiaro di essere in possesso di ulteriori residenze fiscali estere oltre a quelle già dichiarate ¹ ☐ Sì ☐ No		
Stato di residenza fiscale estero (diverso dall'Italia e dagli U.S.A.)	Stato estero rilascia il codice identificativo fiscale (NIF, TIN) oppure un equivalente funzionale	Numero di identificazione fiscale rilasciato dallo Stato di residenza ² (allegare una fotocopia)
	☐ Sì ☐ NO	
	☐ Sì ☐ NO	

Procura o attribuzione dei poteri di firma conferiti ad un soggetto con indirizzo in una giurisdizione estera (Paese diverso dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America)	☐ Sì ☐ No
---	---

Luogo e data

Firma del Cliente
(ovvero il Legale rappresentante)

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali) e, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci affermazioni, dichiara che le informazioni sopra riportate sono corrette, complete e veritiere e, in caso di stipulazione del contratto assicurativo

- si impegna a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, ai sensi delle normative FATCA e CRS, qualsiasi variazione delle informazioni relative al proprio *Status* o meno di U.S. Person o alla residenza fiscale estera, fornendo la documentazione comprovante il cambiamento di tali circostanze;
- prende atto che la Società provvederà, ai sensi delle normative FATCA e CRS, al monitoraggio dei propri dati personali, al fine di verificare eventuali cambiamenti che potrebbero causare la variazione delle informazioni relative al proprio *Status* o meno di U.S. Person o alla residenza fiscale estera e si impegna a fornire la documentazione richiesta dalla Società a tal fine;
- è consapevole che la Società è tenuta, ai sensi della normativa FATCA, a comunicare all'Agenzia delle Entrate i dati del Contraente e degli aventi diritto alle prestazioni assicurate, in caso di rifiuto da parte di tali soggetti a fornire le informazioni e/o la documentazione richiesta per la verifica del relativo *Status*, in presenza di elementi di americanità;
- è consapevole che la Società è tenuta, ai fini della normativa CRS, a comunicare all'Agenzia delle Entrate, laddove ne ricorrano le condizioni, i dati del Contraente e degli aventi diritto alle prestazioni assicurate se gli stessi risultano essere fiscalmente residenti in giurisdizioni estere oggetto di comunicazione.

Luogo e data

Firma del Cliente
(ovvero il Legale rappresentante)

1. Nel caso in cui la persona fisica sia residente ai fini fiscali in più Stati, devono essere indicati tutti gli Stati di residenza fiscale. Per risolvere il problema di doppia residenza, la persona fisica può applicare le disposizioni contenute nella Convenzione contro le doppie imposizioni ai fini delle imposte sul reddito sottoscritte dagli Stati in cui risulta essere residente (c.d. *tie-breaker rules*), che prevedono i criteri per determinare, in ipotesi di doppia residenza, quale dei due Stati contraenti deve avere prevalenza nel considerare residente il contribuente.

2. Tale campo deve essere compilato soltanto se il numero di identificazione fiscale è rilasciato dallo Stato estero di residenza.

TERMINOLOGIA

FATCA: il "Foreign Account Tax Compliance Act", emanato dagli Stati Uniti come parte del "Hiring Incentives to Restore Employment" ("Hire Act") del 18 marzo 2010.

Common Reporting Standard (C.R.S.): è lo standard comune di comunicazione elaborato dall'OCSE contenente l'insieme delle regole e dei criteri comuni che disciplinano l'adeguata verifica ai fini fiscali e le modalità di scambio di informazioni finanziarie a fini fiscali.

Cittadinanza: è la condizione della persona fisica (detto cittadino) alla quale l'ordinamento giuridico di uno Stato riconosce la pienezza dei diritti civili e politici.

Residenza Fiscale: ai fini dell'imposizione sui redditi delle persone fisiche ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 22/12/1986, n.917, si considerano residenti "le persone che per la maggior parte del periodo d'imposta sono iscritte nelle anagrafi della popolazione residente o hanno nel territorio dello Stato il domicilio o la residenza ai sensi del codice civile" ove "per la maggior parte del periodo di imposta" si intendono almeno 183 giorni (184 per gli anni bisestili). Sono pertanto residenti fiscalmente in Italia le persone fisiche che per almeno 183 giorni sono iscritte all'anagrafe in uno dei comuni della Repubblica o abbiano nel territorio dello Stato la sede principale dei propri affari e interessi o la dimora abituale.

Green Card: il suo nome ufficiale è *Permanent Resident Card*; è il documento contenente l'autorizzazione rilasciata dalle autorità degli Stati Uniti d'America (dall'USCIS - U.S. Citizenship and Immigration Services) che consente ad uno straniero di risiedere sul suolo degli U.S.A. per un periodo di tempo illimitato.

TIN: *Taxpayer Identification Number*, numero identificativo del contribuente statunitense.

Numero di Identificazione Fiscale (N.I.F.): è un codice di identificazione fiscale o, in assenza di tale codice, un equivalente funzionale, rilasciato dallo Stato in cui, il titolare del rapporto o l'avente diritto, è residente ai fini fiscali.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Unipol

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. - iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it