



AG2R LA MONDIALE

PRESTIGIO  
PROTECTION

—

# MODULO DI PROPOSTA

# DOCUMENTI DA ALLEGARE

Di seguito sono elencati tutti i documenti necessari per creare un dossier completo.

Tale elenco potrebbe non essere esaustivo, pertanto la Compagnia è autorizzata a richiedere qualsiasi altro documento complementare che dovesse ritenere utile per il completamento del dossier.

**ATTENZIONE: Saranno analizzate solo i Moduli di Proposta debitamente compilati, firmati e contenenti tutte le informazioni richieste.**

I documenti da trasmettere alla Compagnia sono i documenti elencati di seguito.

CASO GENERALE		
DOCUMENTI DA TRASMETTERE ALLA COMPAGNIA	NUMERO DI COPIE	CONFERMA D'INVIO
<b>Modulo di Proposta</b> (compilato e firmato dal Contraente e dall'Intermediario che non deve risalire a più di tre (3) mesi)	1	
<b>Copia di un documento di identità in corso di validità</b> (leggibile e con foto chiara) - con dicitura "copia conforme all'originale" su cui vengono riportate le seguenti informazioni: data, luogo, nome e funzione della persona che ha raccolto la firma. La validità è fissata a tre (3) mesi	1	
<b>Copia del Codice fiscale</b> (leggibile) - con dicitura "copia conforme all'originale"	1	
<b>Dichiarazione dello status di "US Person" - FATCA</b> , da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte e firmata.	1 per Contraente	
<b>Per ogni Assicurato:</b>		
• Copia del documento di identità (leggibile e con foto chiara) in corso di validità che deve riportare la dicitura "copia conforme all'originale" su cui sono presenti le seguenti informazioni: data, luogo, nome e funzione della persona che ha raccolto la firma. La validità è fissata a tre (3) mesi;	1 per Assicurato	
• Copia del codice fiscale (leggibile) che deve riportare la dicitura "copia conforme all'originale".	1 per Assicurato	
• Allegato 1 - Questionario Finanziario Generico per Affluent compilato e firmato dall'Assicurando che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1 per Assicurato	
• Allegato 2 - Questionario COVID compilato e firmato dall'Assicurando che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1 per Assicurato	
<b>Questionario medico</b> compilato e firmato dal medico secondo le dichiarazioni dell'Assicurato che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1 per Assicurato	

Commenti dell'Intermediario:

---

---

---

---

Numero di Proposta: \_\_\_\_\_



## CONTRAENTE

### IDENTITÀ

Sig. \_\_\_\_\_ Sig.ra \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Nato il: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
Paese di nascita: \_\_\_\_\_  
Nazionalità: \_\_\_\_\_  
Altre nazionalità: \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza fiscale: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Paese: \_\_\_\_\_  
Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza fiscale): \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Paese: \_\_\_\_\_  
Telefono del domicilio: \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_  
Numero d'identificazione fiscale (NIF/TIN/Codice fiscale): \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE FAMILIARE

Sposato/a \_\_\_\_\_ Vedovo/a \_\_\_\_\_  
Divorziato/Separato \_\_\_\_\_ Convivente \_\_\_\_\_  
Celibe/Nubile \_\_\_\_\_ Unito/a civilmente \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del marito/moglie: \_\_\_\_\_

Persone a carico: 0 1 2 3 e più  
Nome e cognome delle persone a carico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ATTIVITÀ PROFESSIONALE

#### In attività

Professione: \_\_\_\_\_  
Mansione: \_\_\_\_\_  
Dal: \_\_\_\_\_  
Potere di firma: Singolo Congiunto

#### Pensionato

Dal: \_\_\_\_\_  
Descrizione dell'ultima attività professionale  
(nome della società, Paese, professione, mansione, settore): \_\_\_\_\_

Il Rappresentante legale esercita o ha esercitato un'attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un'organizzazione internazionale, «PEP»?

Sì No

Tipo di mandato: \_\_\_\_\_  
Paese nel quale il mandato è oppure è stato esercitato: \_\_\_\_\_

Organizzazione internazionale (nome e funzione): \_\_\_\_\_

Il Rappresentante è tuttora in funzione:

Sì No

Se no, dal: \_\_\_\_\_

## INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

(solo se diverso dal domicilio)

Da compilare nel caso in cui l'indirizzo di  
corrispondenza sia diverso dal domicilio

Tutte le comunicazioni relative alla presente polizza devono essere inviate al seguente indirizzo.

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
Paese: \_\_\_\_\_  
Indicare il motivo\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Da compilare solo in caso di Paese di residenza diverso da quello della residenza fiscale del/i Contraente/i

**La Compagnia si riserva comunque la possibilità d'inviare alcuni documenti all'indirizzo del domicilio del/i Contraente/i.**



## DICHIARAZIONE DELLO STATUS DI "US PERSON" - FATCA:

(NON COMPILARE SE TRASMESSA ALLA COMPAGNIA NEGLI ULTIMI 24 MESI)

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) è una legge americana che consente lo scambio automatico delle informazioni tra le autorità fiscali italiane e degli Stati Uniti d'America relativamente ai cittadini o residenti negli Stati Uniti d'America che detengono beni presso un istituto finanziario ubicato in Italia. LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. Sede secondaria avrà l'obbligo di trasmettere le informazioni relative ai contraenti e/o ai titolari effettivi e alle loro polizze all'amministrazione fiscale italiana, che a sua volta, le trasmetterà alle autorità fiscali degli Stati Uniti d'America.

Le seguenti domande permettono di determinare se il titolare effettivo ha o meno lo status di persona americana (US Person) ai sensi della legge americana Foreign Account Tax Compliance Act (di seguito "FATCA"):

	TITOLARE EFFETTIVO			Status Se si risponde «Sì»
	No	Sì	N/A	
È cittadino degli Stati Uniti d'America?				US Person
Ha rinunciato alla nazionalità americana? Se sì, trasmettere il documento giustificativo ufficiale.				Non US Person
Ha la residenza fiscale negli Stati Uniti d'America*?				US Person
È in possesso di un numero di immatricolazione fiscale negli Stati Uniti d'America (TIN) anche se non ha/ha più la residenza fiscale o la cittadinanza negli Stati Uniti d'America*?				Non US Person In caso di trasmissione del W-BBEN

In caso di Indizi d'americanità, LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. - Sede secondaria si riserva il diritto di richiedere I moduli W9 o W-8BEN (rispettivamente disponibili sul sito internet <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf> e <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8ben.pdf> o su semplice richiesta presso il proprio consulente).

### \*RESIDENZA FISCALE NEGLI STATI UNITI D'AMERICA

**L'Amministrazione americana considera residente fiscale la persona per la quale si verifica almeno una delle seguenti condizioni:**

1. è titolare della carta verde, a meno che il Suo status legale di residenza permanente non le sia stato ritirato o se ha giuridicamente o amministrativamente rinunciato a tale status;
2. ha avuto la sua residenza negli Stati Uniti d'America per almeno 183 giorni nel corso dell'ultimo anno civile;
3. ha avuto la Sua residenza negli Stati Uniti d'America per più di trenta (30) giorni nel corso dell'ultimo anno civile e per almeno 183 giorni nel corso dello stesso anno e nei due anni precedenti. A tal fine occorre tenere conto della totalità dei giorni di residenza nell'ultimo anno (100%), e, per i due anni precedenti, di un terzo (1/3) dei giorni di residenza per il primo anno precedente e di un sesto (1/6) dei giorni di residenza per il secondo anno precedente;
4. ha scelto lo status di residente fiscale o ha sposato un residente fiscale e desidera fare una dichiarazione congiunta;
5. è nato negli Stati Uniti d'America ed ha abbandonato la Sua nazionalità. In questo caso trasmettere il documento giustificativo ufficiale.

**Non soddisfano il criterio dei 183 giorni di presenza e, di conseguenza, non hanno lo status di residente fiscale:**

- i membri del corpo diplomatico o quelli distaccati presso le organizzazioni straniere;
- gli insegnanti e i tirocinanti;
- gli studenti;
- gli atleti professionisti temporaneamente negli Stati Uniti per partecipare a una competizione internazionale per conto di un ente caritativo.

**Per ulteriori dettagli sui criteri di determinazione dello status di residente fiscale degli Stati Uniti d'America, si consiglia di consultare il sito web dell'Autorità americana denominata "Internal Revenue Service" (IRS):**  
**<http://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Substantial-Presence-Test>.**



**Certifico sull'onore che le risposte fornite nel riquadro di cui sopra sono esatte.**

**Pertanto certifico di essere:**

«Non US Person» in merito alle 3 categorie del riquadro di cui sopra.

«US Person». In tal caso indicare il proprio numero di immatricolazione fiscale.

(TIN): \_\_\_\_\_

«Non US Person con TIN». In tal caso, indico il TIN ed il modulo W-8BEN: \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere pienamente informato che le Compagnie assicurative sono tenute a trasmettere le informazioni relative a soggetti americani (*US Person*) all'autorità fiscale americana conformemente e in approvazione dell'accordo intergovernativo (*Modello 1*) firmato tra l'Italia e gli Stati Uniti ai fini dell'attuazione della legge americana FATCA.

Dichiaro di essere pienamente informato che:

- le Compagnie assicurative sono tenute a trasmettere le informazioni relative a soggetti americani (*US Person*) all'autorità fiscale americana conformemente e in approvazione dell'accordo intergovernativo (*Modello 1*) firmato tra l'Italia e gli Stati Uniti ai fini dell'attuazione della legge americana FATCA;
- tutte le informazioni contenute in questo documento, tutti i documenti destinati a determinare il mio status fiscale e tutte le informazioni relative alla mia polizza vengono trasmesse a tutte le autorità alle quali LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. - Sede secondaria è tenuta a trasmettere le informazioni fiscali in base al regolamento CRS.

Certifico che le informazioni contenute in questo documento sono vere, corrette e complete.

Mi impegno ad informare immediatamente la Compagnia:

- (i) se il mio status dovesse cambiare in merito all'applicazione della legislazione fiscale americana;
- (ii) se si dovessero verificare cambiamenti che potrebbero modificare i miei dati fiscali e a fornire tutta la documentazione necessaria. In mancanza della ricezione dell'informazione che dimostri il mio cambio di residenza fiscale e l'aggiornamento all'amministrazione fiscale del nuovo paese di residenza, LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. Sede secondaria prenderà in considerazione la mia residenza fiscale dichiarata al momento della sottoscrizione, o quella che sarà dichiarata in corso di polizza, e non sarà ritenuta responsabile delle conseguenze dell'applicazione del presente documento e delle comunicazioni, dichiarazioni o pagamenti che saranno effettuati in questo contesto.

Autorizzo LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. - Sede secondaria a registrare ed elaborare i dati che ho trasmesso e comunicato, così come quelli che saranno raccolti più tardi, ai fini di valutare i rischi, preparare, stabilire, gestire ed eseguire il contratto, liquidare i sinistri e prevenire qualsiasi frode, conformemente al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e al decreto legislativo italiano del 30 giugno 2003 n. 196 (*"Codice in materia dei dati personali"*).

La Compagnia può comunicare questi dati a terzi, intermediari, agenti, assicuratori, riassicuratori e professionisti finanziari, così come alle istituzioni alle quali la Compagnia è tenuta per legge a comunicare tali dati, nei casi e secondo i termini e le condizioni di cui all'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo sul segreto professionale nel settore assicurativo e/o conformemente ai mandati.

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. Sede secondaria si riserva il diritto di richiedere informazioni complementari o prove documentali nei seguenti casi:

- i moduli non sono stati consegnati,
- vi è un « indice d'americanità » (*per esempio il luogo di nascita o un indirizzo negli Stati Uniti d'America...*),
- la presente dichiarazione si estingue alla consegna all'assicuratore di:
  - una modifica dello status del titolare effettivo,
  - la scoperta di indici relativi a diverse residenze fiscali.

Se la Compagnia non dovesse ricevere risposta, sarà obbligata a dichiarare la polizza alle autorità fiscali competenti.

**Luogo** \_\_\_\_\_, **il** \_\_\_\_\_

**Firma del/dei Titolare/i Effettivo/i** \_\_\_\_\_  
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

**Timbro dell'Intermediario** (Codice + timbro)



## ASSICURATO

### IDENTITÀ

☐ Sig. ☐ Sig.ra

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

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

Nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Paese di nascita: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Altre nazionalità: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

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

Indirizzo fiscale: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Paese: \_\_\_\_\_

Indirizzo del domicilio (se diverso dall'indirizzo fiscale): \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Paese: \_\_\_\_\_

Telefono del domicilio: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

LEGAME CON IL CONTRAENTE: \_\_\_\_\_

## PREMI E CAPITALE ASSICURATO

Capitale assicurato: \_\_\_\_\_ EUR

Durata contrattuale: \_\_\_\_\_ anni

Tipologia di sottoscrizione

Autonoma Attraverso conciergerie

Garanzia complementare caso morte da infortunio

Si No

Premio annuo dovuto per la garanzia principale:

\_\_\_\_\_ EUR

Premio annuo dovuto per la la garanzia complementare:

\_\_\_\_\_ EUR

Premio annuo dovuto totale:

\_\_\_\_\_ EUR

Frazionamento del premio:

Annuale

Semestrale (Costo addizionale 1,5%)

Trimestrale (Costo addizionale 2,5%)

### Bonifico:

IBAN di provenienza del bonifico: \_\_\_\_\_

Titolare del conto addebitato: il Contraente.

Nome della banca: \_\_\_\_\_

Indirizzo della banca: \_\_\_\_\_

Causale del bonifico: \_\_\_\_\_

### Modalità di pagamento:

Il pagamento del premio si realizza mediante bonifico bancario a favore della Compagnia sul c/c intestato a « LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. - Sede Secondaria » al seguente IBAN presso Société Générale Securities Services S.P.A.:

DIVISA	IBAN	BIC
EUR	IT33 1033 0701 7190 0000 0030 711	TWOSITMM

In quale Paese è stato costituito il premio versato? \_\_\_\_\_

### Origine del premio versato:

Risparmio (Stipendio, pensione, interessi, dividendi, royalties, redditi da locazione) / Reddito d'impresa

Altro (Descrizione dell'operazione e documenti giustificativi) \_\_\_\_\_

La Compagnia si riserva la facoltà, nel caso in cui emergano particolari fattori di rischio, di richiedere ulteriori informazioni e/o documentazione a supporto.



## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLA POLIZZA

Il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza della polizza che intende sottoscrivere alle Sue esigenze.

### INFORMAZIONI SULLE ASPETTATIVE IN RELAZIONE ALLA POLIZZA

**La polizza offerta prevede la protezione assicurativa di un rischio riguardante la persona (morte).**

**Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione che lei si attende?**

☐ SÌ ☐ NO ☐ Non risponde

**La polizza offerta prevede alcune esclusioni e/o limitazioni delle prestazioni per alcune coperture.**

**Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le sue aspettative/esigenze di tutela?**

☐ SÌ ☐ NO ☐ Non risponde

**La polizza offerta prevede costi diversi a seconda dello stato di Fumatore o Non Fumatore dell'Assicurato.**

**Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le sue aspettative/esigenze di tutela?**

☐ SÌ ☐ NO ☐ Non risponde

**La polizza offerta prevede delle esclusioni e/o limitazioni delle prestazioni, nel caso in cui il sinistro avvenga durante o in conseguenza dello svolgimento - anche occasionalmente - di determinate attività sportive o lavorative considerate pericolose. È consapevole che in caso di sinistro nei casi sopra citati le coperture non intervengono?**

☐ SÌ ☐ NO ☐ Non risponde

### REFERENTE TERZO *(da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza; se indicato, la Compagnia potrà fare riferimento a tale referente terzo in caso di decesso dell'Assicurato)*

Sig. _____	Sig.ra _____	Indirizzo del domicilio (se diverso dall'indirizzo fiscale): _____
Cognome: _____		_____
Nome: _____		Città: _____ CAP: _____
Professione: _____		Paese: _____
Nato/a il: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] a: _____		Telefono del domicilio: _____
Paese di nascita: _____		Indirizzo e-mail: _____
Nazionalità: _____		Numero d'identificazione fiscale (NIF/TIN/Codice fiscale): _____
Indirizzo di residenza fiscale: _____		_____
Città: _____ CAP: _____		LEGAME CON IL CONTRAENTE: _____
Paese: Italia		_____



## BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

La designazione del Beneficiario può essere redatta anche tramite atto notarile, scrittura privata o testamento olografo. Quando il Beneficiario viene nominato, i suoi dati devono essere forniti e saranno utilizzati dalla Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato. Il Contraente può modificare la clausola beneficiaria in qualsiasi momento.

**Dal momento in cui il Contraente valida l'accettazione del Beneficiario, ogni richiesta di cessione, pegno, vincolo o modifica di Beneficiario deve essere validata anche dal Beneficiario accettante.**

### Scelgo come Beneficiario/i in caso di decesso:

Il mio coniuge non separato giudizialmente, in mancanza i miei figli, nati o nascituri, viventi o rappresentati, in parti uguali; in mancanza, i miei ascendenti in parti uguali o il sopravvissuto fra di loro; in mancanza, i miei eredi legittimi nell'ordine legale.

Altra clausola beneficiaria: vedere il/i Beneficiario/i designato/i

nel testamento olografo o depositato dal Notaio (si prega di indicare il nome del notaio e l'indirizzo del suo studio):

---



---



---

in mancanza, i miei eredi legittimi nell'ordine legale.

Designazione esplicita del/dei Beneficiari:

Legame con il Contraente:	<hr/>	<hr/>
Cognome:	<hr/>	<hr/>
Nome:	<hr/>	<hr/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di nascita:	<hr/>	<hr/>
Indirizzo:	<hr/>	<hr/>
% del capitale:	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

Legame con il Contraente:	<hr/>	<hr/>
Cognome:	<hr/>	<hr/>
Nome:	<hr/>	<hr/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo di nascita:	<hr/>	<hr/>
Indirizzo:	<hr/>	<hr/>
% del capitale:	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

in mancanza del Beneficiario sopra indicato i miei eredi legittimi nell'ordine legale.

Clausola beneficiaria dettagliata su carta libera allegata, in mancanza, i miei eredi legittimi nell'ordine legale.

I miei eredi legittimi nell'ordine legale.

**In mancanza della scelta della clausola beneficiaria:** Il mio coniuge non separato giudizialmente, in mancanza i miei figli, nati o nascituri, viventi o rappresentati, in parti uguali; in mancanza, i miei ascendenti in parti uguali o il sopravvissuto fra di loro; in mancanza, i miei eredi legittimi nell'ordine legale.





## DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA DEL PRODOTTO

Il Sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al Questionario per la valutazione dell'adeguatezza della polizza, assumendosene ogni responsabilità conseguente, nonché di aver preso atto delle condizioni di assicurabilità descritte in polizza ed illustrate dall'Intermediario, di cui ha confermato la sussistenza.

Data             Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

## ESITO DELLA VALUTAZIONE

Analizzate le risposte date ai quesiti sopra esposti, la polizza risulta adeguata alle esigenze del Cliente.

Data             Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la completa valutazione dell'adeguatezza della polizza alle mie esigenze assicurative.

A tal riguardo il Sottoscritto dichiara di voler sottoscrivere la proposta assicurativa in quanto adeguata alle sole informazioni fornite.

Data             Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il Sottoscritto Intermediario ha informato il Dichiarante dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

Motivi di possibile inadeguatezza

---

---

---

Data             Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Consapevole dei motivi di possibile inadeguatezza sopra rilevati, il sottoscritto dichiara di volere, comunque, sottoscrivere la proposta assicurativa.

Data             Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_



## DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Il contraente dichiara ai sensi dell'Adeguata verifica del Modulo di proposta :

- di essere consapevole delle responsabilità previste dal D.lgs. 231/2007 e delle successive modifiche;
- che le informazioni riportate nel Modulo di proposta sono corrette, complete ed aggiornate;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione circa le informazioni riportate.

Dichiaro inoltre di aver fornito, sotto la mia responsabilità, tutte le informazioni necessarie ed aggiornate a consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di valutazione del rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** | | | | | | | | **Firma/e** \_\_\_\_\_  
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

**Rappresentante legale N°1** \_\_\_\_\_

**Rappresentante legale N°2** \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO

**Incaricato:**

Cognome e nome dell'incaricato: \_\_\_\_\_  
(se diverso dalla persona che ha raccolto la sottoscrizione)

Confermo che tutte le informazioni comunicate in questo documento sono conformi alla mia conoscenza del cliente e tutte le informazioni raccolte come incaricato dell'adeguata verifica tramite il Modulo di proposta numero di proposta \_\_\_\_\_ sottoscritto da \_\_\_\_\_ in data | | | | | | | | .

In qualità di soggetto incaricato da LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. all'identificazione e alla verifica dell'identità del cliente e del titolare effettivo, dichiaro di essere consapevole delle responsabilità previste dal d.lg. 231/2007 e delle successive modifiche e di aver proceduto ai sensi della normativa di riferimento, all'identificazione e alla verifica dell'identità del cliente e del titolare effettivo, il cui adempimento ricade sotto la mia responsabilità. Il cliente ha compilato il Modulo di proposta ed ha apposto le firme in mia presenza.

Numero di allegato/i: \_\_\_\_\_

**Luogo** \_\_\_\_\_ , il | | | | | | | | **Firma/e** \_\_\_\_\_  
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

**Timbro dell'Intermediario**



**FRA: CONTRAENTE :** \_\_\_\_\_  
Nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Indirizzo fiscale: \_\_\_\_\_  
Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_  
(qui di seguito denominato "il Mandante"),

**ASSICURATO** (se diverso dal Contraente):

Nato/a il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Indirizzo fiscale: \_\_\_\_\_  
Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_  
(qui di seguito denominati « il/i Mandante/i »),

**E: LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.**, avente sede legale a Atrium Business Park, 23, Z.A. Bourmicht, L-8070 Bertrange - Luxembourg, iscritta al Registre de commerce lussemburghese al numero B26.334, rappresentata dal suo Consiglio d'amministrazione attualmente in carica, la quale opera in Italia tramite la sua sede secondaria stabilita a Milano, Foro Buonaparte, 12 (CAP 20121) qui di seguito denominata "Il Mandatario".

**PREMESSO CHE:**

Il/i Mandante/i ha/hanno concluso con il Mandatario una polizza di assicurazione, qui di seguito denominata - Prestigio Protection

**LE PARTI CONVENGONO CHE:**

Il/i Mandante/i autorizza/no espressamente il Mandatario alla registrazione, al trattamento ed alla comunicazione:

- **alla Società** \_\_\_\_\_  
avente sede legale in \_\_\_\_\_, iscritta al \_\_\_\_\_  
al numero \_\_\_\_\_, (qui di seguito denominata "L'Intermediario"); e
- **alla Società** \_\_\_\_\_
- **alla Società** \_\_\_\_\_

• **alle autorità fiscali italiane, per obblighi dichiarativi,**

- dei dati comunicati al momento della sottoscrizione della polizza, così come dei dati raccolti durante la vita della polizza, nell'obiettivo di valutare i rischi, di stabilire, gestire ed eseguire le polizze di assicurazione, di liquidare gli eventuali riscatti e prevenire le frodi.
- delle informazioni e dei documenti, confidenziali o non confidenziali, in relazione diretta o indiretta con la polizza per la loro trasmissione dal Mandatario all'Intermediario o alle autorità fiscali italiane a nome del Mandante e sotto la responsabilità esclusiva dello stesso. I dati e le informazioni possono essere trasmessi tramite posta ordinaria o elettronica.

Il Mandatario è responsabile del trattamento dei dati personali e può quindi trasmetterli agli enti ai quali è obbligato per legge a comunicare i dati dei sottoscrittori, fatto salvo il regolamento lussemburghese in quel momento in vigore.

Il presente Mandato acquisisce validità dalla data in cui ha preso efficacia la polizza e per tutta la sua durata, ma può comunque essere revocato ad nutum con effetto immediato da ciascuna Parte, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno.

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito, "Regolamento generale sulla protezione dei dati"), i dati personali sono raccolti e trattati da La MONDIALE EUROPARTNER S.A., Compagnia di assicurazione, membro di AG2R LA MONDIALE, ai fini della stipula, della gestione e dell'esecuzione della polizza assicurativa. Il Mandante dispone del diritto di accesso e correzione dei suoi dati. Qualora i dati detenuti dal Mandatario fossero non corretti, il Mandante ha il diritto di chiedere la loro soppressione e/o la loro correzione.

Il Mandatario non potrà incorrere in alcuna responsabilità penale o civile risultante dalla trasmissione delle informazioni effettuata nell'ambito del presente mandato.

Il presente Mandato è sottoposto al diritto lussemburghese. L'autorità giudiziaria della città di Lussemburgo ha competenza esclusiva per ogni controversia relativa alla creazione, interpretazione o esecuzione del presente Mandato.

Le informazioni, i dati e i documenti nominativi relativi alla polizza sono comunicati dal Mandatario all'Intermediario per conto del/i Mandante e sotto la sola sua responsabilità.

Luogo \_\_\_\_\_, in tante copie quanto sono le parti, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma** (Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")

**Il Mandante**



## RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono raccolti e trattati da LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., Compagnia di assicurazione, membro di AG2R LA MONDIALE, ai fini della stipula, della gestione e dell'esecuzione della polizza assicurativa, dell'esecuzione delle disposizioni legali, normative e amministrative, fra cui la lotta contro il riciclaggio di denaro ed il finanziamento del terrorismo, o dell'analisi dei dati, nell'ambito degli obblighi di consulenza che ad essa incombono.

I dati del Contraente sono inoltre raccolti e trattati per perseguire gli interessi legittimi di protezione e di sviluppo delle attività della Compagnia e il miglioramento continuo dei prodotti e servizi offerti ai clienti attraverso la lotta contro la frode, che potranno portare all'iscrizione in un elenco di persone a un rischio di frode.

Nell'ambito delle operazioni di trattamento, il Contraente autorizza LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a comunicare tali dati ai servizi in relazione con lui e i suoi aventi diritto, ai membri di AG2R LA MONDIALE, a terzi, partner, intermediari assicurativi, mandatari, assicuratori e riassicuratori impegnati nella realizzazione delle finalità summenzionate, ai professionisti del settore finanziario o assicurativo, nonché agli organismi cui la Compagnia è legalmente tenuta a comunicare tali dati, secondo le modalità e condizioni fissate nell'articolo 300 della legge del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo, che regola il segreto professionale in materia di assicurazioni e/o in conformità con i mandati ricevuti.

Il Contraente potrà inoltre autorizzare la Compagnia a comunicare determinati dati a qualsiasi soggetto terzo, mediante un apposito mandato di comunicazione.

Il Contraente dispone di diversi diritti, fra cui quello di richiedere l'accesso ai dati che lo riguardano o di opporsi all'esecuzione di un trattamento.

Tali diritti possono essere esercitati inviando una lettera corredata da un giustificativo di identità a LA MONDIALE EUROPARTNER S.A., all'attenzione del Delegato alla protezione dei dati, 23, Z.A. Bourmicht, L-8070 BERTRANGE (LUSSEMBURGO) o tramite e-mail a [dpo@lamondiale.lu](mailto:dpo@lamondiale.lu)

**Per sapere di più sulla politica di protezione dei dati personali di LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.:**  
**[http://www.lamondiale.lu/ag2r/mentions\\_legales](http://www.lamondiale.lu/ag2r/mentions_legales)**

## MODELLO DI LETTERA DI RECESSO

«Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
residente a (indirizzo) \_\_\_\_\_  
dichiaro espressamente di recedere dalla polizza \_\_\_\_\_ e richiedo quindi il relativo  
rimborso sul mio conto IBAN n° \_\_\_\_\_  
Luogo \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ Data».



Io sottoscritto riconosco di aver ricevuto prima della conclusione della polizza un esemplare del Set Informativo composto da:

- DIP Vita;
- DIP Vita aggiuntivo;
- Condizioni di assicurazione;
- Glossario.

e dichiaro di accettare integralmente il contenuto delle Condizioni di assicurazione, e del presente Modulo di proposta. Dichiaro di accettare e di comprendere tutti i suddetti documenti redatti in lingua italiana nonché il loro contenuto.

#### ACCETTAZIONE ESPRESSA

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342, comma 2, del Codice Civile, dichiaro di aver esaminato e di accettare espressamente le seguenti clausole delle Condizioni di Assicurazione:

- Articolo 2 – Diritto applicabile, foro competente e regime fiscale
- Articolo 5 – Prestazioni assicurate
- Articolo 6 – Definizione di Assicurato non fumatore
- Articolo 8 – Conclusione della polizza
- Articolo 9 – Entrata in vigore della polizza
- Articolo 10 – Durata della polizza
- Articolo 12 – Revoca, recesso e risoluzione della polizza
- Articolo 14 – Reclami
- Articolo 16 – Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione
- Articolo 17 – Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

Dichiaro di comprendere e rispettare tutti i requisiti ed obblighi fiscali cui sono soggetto ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti sia nel mio Paese di residenza fiscale che in qualsiasi altra giurisdizione verso la quale io abbia degli obblighi. Mi impegno a consultare un professionista indipendente, ogni qualvolta fosse necessario, affinché mi aiuti a comprendere e a rispettare i miei obblighi.

Dichiaro di accettare integralmente il contenuto dell'articolo 6 al capoverso «Esclusioni» delle Condizioni di Assicurazione.

Accetto e riconosco di poter recedere dalla polizza, mediante invio alla Compagnia di una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC, entro trenta (30) giorni a far data dal momento in cui sono informato della conclusione della polizza (si veda *infra*, **Modello di Lettera di Recesso**).

(Indirizzo della Sede Secondaria: Foro Buonaparte 12, 20121 Milano (MI) Italia).

Conformemente al regolamento generale sulla protezione dei dati e al decreto legislativo italiano del 30 giugno 2003 n. 196 (*“Codice in materia dei dati personali”*), autorizzo LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. a registrare e trattare i dati che ho trasmesso e trasmetterò in seguito, ai fini di valutare i rischi, preparare, stabilire, gestire ed eseguire la polizza di assicurazione, liquidare i sinistri e prevenire qualsiasi frode.

☐ Il Contraente autorizza l'utilizzazione dei dati personali, nell'ambito della gestione della polizza di assicurazione

**Luogo** \_\_\_\_\_, **il** \_\_\_\_\_ **Firma** (Preceduta dalla dicitura *“Letto e Approvato”*)

**Contraente** \_\_\_\_\_

**Assicurato** \_\_\_\_\_

**Intermediario** \_\_\_\_\_

☒ Confermo che tutte le informazioni comunicate all'interno del presente documento sono corrette (codice partner + polo di gestione + timbro + sede + ufficio)

Una copia per ogni Parte della polizza. La documentazione è stata firmata: ☐ in sede ☐ fuori sede



