



AG2R LA MONDIALE

PRESTIGIO
PROTECTION
KEY MAN

—

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 analizzati solo i Moduli di proposta debitamente compilati, firmati 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
Modulo di proposta compilato e firmato dal Contraente e dall'Intermediario che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Rapporto riservato all'Intermediario firmato dalla persona che ha raccolto la sottoscrizione per conto dell'Intermediario	1	
Origine geografica dei fondi investiti - documento emesso dalla banca contenente le informazioni del conto corrente (<i>titolare e numero</i>) dal quale viene pagato il premio indipendentemente dall'importo.	1	
Copia dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none">Estratto della camera di commercio o visura camerale o certificato camerale (<i>validità inferiore a tre (3) mesi</i>);Registro degli azionisti con una partecipazione superiore al 25% (<i>validità inferiore a tre (3) mesi</i>);Copia autentica dello statuto/documenti costitutivi della Società;Copia autentica della procura che attesti i poteri di firma delle persone abilitate a rappresentare la Società (<i>che contiene lo specimen firma e i loro documenti d'identità conformi all'originale</i>);Stato patrimoniale e conto economico degli ultimi 2 anni;Lista delle firme autorizzate e la copia del documento di identità (<i>leggibile e con foto chiara</i>) in corso di validità di tutti i Rappresentanti Legali ed Amministratori	1 1 1 1 1 1	
Per ogni titolare effettivo (25%): <ul style="list-style-type: none">Allegato 1: "Identificazione del Titolare effettivo";Copia del documento di identità (<i>leggibile e con foto chiara</i>) 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;Informazioni sul regime fiscale e codici fiscali che devono riportare la dicitura "copia conforme all'originale";Dichiarazione dello status di "US Person" - FATCA, da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte e firmata.	1 per titolare effettivo	
Per ogni Assicurato: <ul style="list-style-type: none">Copia del documento di identità (<i>leggibile e con foto chiara</i>) 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;Copia del codice fiscale (<i>leggibile</i>) che deve riportare la dicitura "copia conforme all'originale".	1 per Assicurato	



DOCUMENTI DA TRASMETTERE ALLA COMPAGNIA	NUMERO DI COPIE	CONFERMA D'INVIO
Allegato 2 - Questionario Finanziario Copertura Aziendale (Keyman) compilato e firmato dal Rappresentante Legale che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Allegato 3 - Questionario Finanziario Generico per Affluent compilato e firmato dall'Assicurando che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Allegato 4 - Questionario COVID compilato e firmato dall'Assicurando che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	
Questionario medico compilato e firmato dal medico secondo le dichiarazioni dell'Assicurato che non deve risalire a più di tre (3) mesi	1	

Commenti dell'Intermediario:

Numero di Proposta: _____



MODULO DI SOTTOSCRIZIONE

PRESTIGIO PROTECTION KEY MAN PRIT002.2020.07.01

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

PERSONA GIURIDICA

Denominazione giuridica/Ragione sociale: _____
Forma giuridica: _____
Data di costituzione: | | | | | | | | | |
Sede legale (indirizzo fiscale): _____
Cap: _____ Città: _____ Prov: _____ Stato: _____
Oggetto sociale: _____
Sede amministrativa (se diversa dalla sede legale): _____
Cap: _____ Città: _____ Prov: _____ Stato: _____
Partita IVA: _____
Codice fiscale: _____
Numero di telefono: _____
Indirizzo e-mail: _____

RAPPRESENTANTE LEGALE N° 1

IDENTITÀ

☐ Sig. ☐ Sig.ra
Cognome: _____
Nome: _____
Nato/a 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 Celibe/nubile
Convivente Unito/a civilmente
Vedovo/a Divorziato/separato
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: | | | | | | | |



RAPPRESENTANTE LEGALE N° 2

IDENTITÀ

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a 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

Celibe/nubile

Convivente

Unito/a civilmente

Vedovo/a

Divorziato/separato

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 in 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'invviare alcuni documenti all'indirizzo del domicilio del/i Contraente/i.



IDENTITÀ DEGLI AMMINISTRATORI

Nome e cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Paese di residenza fiscale: _____

Posizione/potere di firma: _____

Documento d'identità: Carta d'identità Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: | | | | | | | | | | _____

Numero del documento: _____

Nome e cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Paese di residenza fiscale: _____

Posizione/potere di firma: _____

Documento d'identità: Carta d'identità Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: | | | | | | | | | | _____

Numero del documento: _____

Nome e cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Paese di residenza fiscale: _____

Posizione/potere di firma: _____

Documento d'identità: Carta d'identità Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: | | | | | | | | | | _____

Numero del documento: _____

Nome e cognome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Paese di residenza fiscale: _____

Posizione/potere di firma: _____

Documento d'identità: Carta d'identità Passaporto

Data, luogo ed autorità di rilascio: | | | | | | | | | | _____

Numero del documento: _____



IDENTITÀ DEI TITOLARI EFFETTIVI

La persona giuridica è controllata da una o più titolari effettivi.

No Sì, indicarne di seguito l'identità¹:

		Tipologia di controllo ²	Percentuale
N°1: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°2: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°3: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°4: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°5: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°6: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°7: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°8: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°9: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%
N°10: Cognome: _____	Nome: _____	_____	_____%

Se necessario, è possibile completare la lista attraverso un allegato firmato

-> Allegare per ogni titolare effettivo (Assicurato) il documento "Identificazione titolare effettivo" compilato e firmato, oltre ad una copia del documento d'identità.

¹ Per ogni Titolare compilare l'Allegato 1

²TIPOLOGIA DI CONTROLLO

- Controllante della persona giuridica – **proprietario** (detiene più del 25% del capitale o dei diritti di voto)
- Controllante della persona giuridica – **dirigente**
- Controllante della persona giuridica – **altri legami**
- Controllante della struttura giuridica/trust – **costituente**
- Controllante della struttura giuridica/trust – **trustee**
- Controllante della struttura giuridica/trust – **garante**
- Controllante della struttura giuridica/trust – **beneficiario**
- Controllante della struttura giuridica/trust – **altro**
- Controllante della struttura giuridica/altro – **costituente**
- Controllante della struttura giuridica/altro – **trustee o equivalente**
- Controllante della struttura giuridica/altro – **garante o equivalente**
- Controllante della struttura giuridica/altro – **beneficiario o equivalente**
- Controllante della struttura giuridica/altro – **altro-equivalente**



DETTAGLI DELLA POLIZZA

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

ASSICURATO

IDENTITÀ

Sig. _____ Sig.ra _____
Cognome: _____ Indirizzo fiscale: _____
Nome: _____ Città: _____ CAP: _____
Nato/a il: ____/____/____ a: _____ Paese: _____
Paese di nascita: _____ Indirizzo del domicilio (se diverso dall'indirizzo fiscale): _____
Nazionalità: _____ Città: _____ CAP: _____
Altre nazionalità: _____ Paese: _____
Codice fiscale: _____ Telefono del domicilio: _____
Professione: _____ Indirizzo e-mail: _____
Ruolo svolto presso il Contraente: _____

Si ricorda, che è onere del Contraente dare tempestiva comunicazione alla Compagnia se le funzioni dell'Assicurato dovessero cambiare.

PREMI E CAPITALE ASSICURATO

Capitale assicurato: _____ EUR Premio annuo dovuto per la garanzia principale: _____ EUR
Durata contrattuale: _____ anni
Titipologia di sottoscrizione: _____
Autonoma Attraverso conciergerie
Premio annuo dovuto per la garanzia complementare: _____ EUR
Garanzia complementare caso morte da infortunio: _____
Si No
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.



INFORMAZIONI COMPLEMENTARI SUL CONTRAENTE

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

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

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO (*Designazione irrevocabile*)

Beneficiario in caso di decesso:

Il Contraente (*Denominazione giuridica/Ragione sociale*): _____

Il beneficiario in caso di decesso è la persona giuridica medesima.

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: _____	Nato/a il: a: _____	Paese: _____
Paese di nascita: _____	Nazionalità: _____	Telefono del domicilio: _____
Indirizzo di residenza fiscale: _____	Città: _____ CAP: _____	Indirizzo e-mail: _____
Paese: Italia		Numero d'identificazione fiscale (NIF/TIN/Codice fiscale): _____
		LEGAME CON IL CONTRAENTE: _____



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 _____



DETERMINAZIONE DELLO STATUS DI "PERSONA GIURIDICA AMERICANA" - FATCA

(NON COMPILARE SE GIÀ 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 (*Assicurato*) e alle loro polizze all'amministrazione fiscale italiana, che a sua volta, le trasmetterà alle autorità fiscali degli Stati Uniti d'America.

Se avete un «GIIN» (*Global Intermediary Identification Number*), si prega di indicarlo: _____

Una persona giuridica è "americana" se è:

- Un'entità creata negli Stati Uniti che non è esonerata altrove (*nozione di "Specified US Person"*), oppure
- Un'entità straniera passiva non finanziaria ("*NFE Passiva*") di cui le persone che detengono il controllo sono americane (*definizione in appendice al presente documento*).

La seguente risposta determina il Vostro status (una sola scelta possibile):

	Si	Status
Siete un'entità costituita sul territorio americano o con sede legale situata sul territorio americano.		Determinazione Persona americana (<i>GIIN obbligatorio</i>) (" <i>Specified US Person</i> ") -> allegare il modulo W-9 debitamente compilato e firmato
Siete un'istituzione finanziaria (<i>banca, società di gestione, fondo d'investimento, compagnia assicurativa, Fiduciaria, ecc.</i>) che non è soggetto alla legge americana.		Istituzione Finanziaria non USA ("FFI") (<i>GIIN obbligatorio</i>) -> allegare il modulo W-8BEN-E o W-8IMY debitamente compilato e firmato

Siete un'istituzione non finanziaria:

Si prega di selezionare il proprio status di seguito:

- Sono un'istituzione non finanziaria passiva (NFE Passiva) (<i>Entità Straniera Non Finanziaria Passiva</i>).		-> allegare il modulo W8BEN-E e il documento "Determinazione del regime fiscale - persona fisica/titolare effettivo (Assicurato)" per ogni persona che detiene minimo il 25% della Società, comprensivo di una copia del documento d'identità.
- Sono un'istituzione non finanziaria attiva (NFE Attiva) (<i>Entità Straniera Non Finanziaria Attiva</i>).		Per essere qualificata come " NFA Attiva ", l'entità deve rispettare almeno una delle condizioni descritte di seguito.

<https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf> - <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8bene.pdf> - <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw8imy.pdf>



DEFINIZIONE DI ENTITÀ GIURIDICA STRANIERA NON FINANZIARIA PASSIVA (“NFE Passiva”)

La nozione di “NFE Passiva” è definita dal Final Regulations come tutte le “NFE” che non sono “Attive”. Secondo Final Regulations, una “NFE” è detta “Attiva” quando rientra in una delle seguenti categorie:

- Meno del 50% del suo reddito dell'anno precedente è reddito “passivo” ed il 50% dei suoi attivi producono o sono detenuti per la produzione di un reddito passivo.
- I titoli della “NFE” sono scambiati su un mercato regolamentato oppure i titoli di una delle società del gruppo sono scambiati su un mercato regolamentato.
- La “NFE” è localizzata sul territorio USA e tutti i detentori sono dei residenti in buona fede (*“bona fide residents”* - *precisazioni su questa nozione sono date dalla pubblicazione 570 dell'IRS. Devono essere rispettate alcune condizioni: test di presenza nel territorio, l'assenza di residenza fiscale fuori da questo territorio ed assenza di legame stretto con gli USA o un altro paese, ecc.*).
- La “NFE” è un'amministrazione, un'organizzazione internazionale, una banca centrale oppure un organismo detenuto da una di queste entità.
- L'attività esclusiva della “NFE” è un'attività di holding: detenzione dei titoli e fornitura di servizi finanziari alle società collegate che non sono “FFI”. Sono escluse da questa definizione le entità che agiscono ai fini di investimento.
- La “NFE” non esercita ancora e non ha mai esercitato precedentemente, ma investe dei capitali con l'intenzione di esercitare un'attività diversa da quella di uno stabilimento finanziario; la “NFE” tuttavia non deve rispettare più questo criterio trascorsi ventiquattro (24) mesi dalla sua costituzione.
- La “NFE” non ha operato come “FFI” durante gli ultimi cinque (5) anni e sta vendendo i suoi attivi o si sta ristrutturando per perseguire o riprendere un'attività diversa da quella di una “FFI”.
- La “NFE” esercita principalmente le attività di finanziamento e di copertura alle transazioni con o per le società collegate che non sono “FFI”.
- La “NFE” è una “Excepted NFE” come descritta nella regolamentazione del Tesoro americano.
- La “NFE” risponde a tutte le seguenti condizioni:
 - Organizzazione a scopo esclusivamente religioso, di beneficenza, scientifico, artistico, culturale o educativo.
 - Organizzazione con esonero d'imposta sul reddito secondo la legislazione nazionale.
 - I membri o gli azionisti non hanno interessi alla proprietà o agli utili.
 - Gli utili o gli attivi non possono essere distribuiti salvo nell'ambito della condotta delle attività, per il compenso ragionevole dei servizi resi o per l'acquisto di una proprietà al prezzo di mercato.
 - La legislazione nazionale o gli statuti dell'organismo prevedono che al momento della liquidazione della struttura, gli attivi saranno distribuiti ad un'entità governativa, un'entità senza scopo di lucro oppure al governo.



MODULO PER L'ADEGUATA VERIFICA

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara ai sensi dell'Adeguata verifica nel 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.

Dichiara 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 _____, il _____

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 SA 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



MANDATO SPECIFICO DI COMUNICAZIONE

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte

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 Key Man.

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

Per sapere di più sulla politica di protezione dei dati personali di LA MONDIALE EUROPARTNER S.A.:
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)".



FIRMA/E

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 EUROPARTNERS 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/e (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



ALLEGATO 1 IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO

Da compilare obbligatoriamente
in ogni sua parte per ogni Titolare
effettivo

TITOLARE EFFETTIVO N° _____

IDENTITÀ

Sig. _____ Sig.ra _____
Cognome: _____
Nome: _____
Nato/a il: _____ a: _____
Paese di nascita: _____
Nazionalità: _____
Altre nazionalità: _____
Indirizzo di residenza fiscale*: _____
Città: _____ CAP: _____
Paese: Italia
Indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza fiscale)*: _____
Città: _____ CAP: _____
Paese: _____
Telefono del domicilio: _____
Indirizzo e-mail: _____
Legame con il Contraente: _____

SITUAZIONE FAMILIARE

Sposato/a _____ Celibe/nubile _____
Divorziato/separato _____ Convivente _____
☐ Vedovo/a _____ 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: _____
Datore di lavoro: _____
Settore di attività: _____
Indirizzo del datore di lavoro: _____

Pensionato

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

Il titolare effettivo 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 titolare effettivo è tuttora in funzione:

Sì No

Se no, dal: _____

* Se la Sua residenza fiscale è variata, Le chiediamo di fornirci un documento giustificativo (documenti fiscali o fattura con validità massima di tre (3) mesi. Le fatture del telefono cellulare non sono accettate).



PARENTE O SOGGETTO(I) CHE HA(HANNO) STRETTI LEGAMI CON UNA PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA (“PEP”) CHE SVOLGE O HA SVOLTO UN’ATTIVITA’ MILITARE, UNA FUNZIONE PUBBLICA, UN MANDATO POLITICO O UNA MANSIONE DI DIRETTORE/ VICEDIRETTORE/MEMBRO DEL CONSIGLIO IN UNA ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

Parente o soggetto(i) che ha(hanno) stretti legami con un “PEP” che svolge o ha svolto un’attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro del consiglio in un’organizzazione internazionale: Sì No

Se Sì, La invitiamo a completare le seguenti informazioni per ogni parente o soggetto che ha stretti legami con un “PEP” che svolge o ha svolto un’attività militare, una funzione pubblica, un mandato politico o una mansione di direttore/vicedirettore/membro in un’organizzazione internazionale.

Parente Soggetto che ha stretti legami con il “PEP”

Cognome e Nome: _____

Legame: _____

Tipo di mandato: _____

Paese nel quale il mandato è o è stato svolto: _____

Organizzazione Internazionale (nome e funzione): _____

La persona è ancora in carica:

 Sì No

Se no, da quando: | | | | | | | | | |

PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA (“PEP”): 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 (*Decreto Legge 231/2007, successivamente modificato dal Decreto Legge 90/2017*)

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

- Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Viceministro 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;
- Deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- Membro degli organi direttivi centrali in partiti politici;
- 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;
- Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
- Ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
- Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, allo 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;
- Direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- Direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.

LA MONDIALE EUROPARTNER S.A. si riserva comunque la possibilità di classificare una persona in quanto “PEP” secondo la propria analisi del rischio, anche se la persona non rientra nei campi sopra elencati.

2. Sono **FAMILIARI DI PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE:**

- il coniuge;
- 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;
- i genitori.

3. Sono **SOGGETTI CON I QUALI LE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE (“PEP”) INTRATTENGONO NOTORIAMENTE STRETTI LEGAMI:**

- Le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
- 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.



DICHIARAZIONE DELLO STATUS DI "US PERSON" - FATCA:

(NON COMPILARE SE GIÀ 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 (U.S. Person) ai sensi della legge americana Foreign Account Tax Compliance Act (di seguito "FATCA"):

	TITOLARE EFFETTIVO			Status <i>Se si risponde «Sì»</i>
	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 negli Stati Uniti d'America*?				Non US Person in caso di trasmissione del W-8BEN

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>.



FIRMA/E PER FATCA

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

«Non US Person» in merito alle 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, indicare 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.

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 indizi 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/e _____
(Preceduta dalla dicitura "Letto e Approvato")
Il/ titolare/i effettivo/i

Timbro dell'Intermediario (Codice + timbro)

