

Modulo raccolta dati

(Il presente documento non è valido ai fini precontrattuali e contrattuali)

CONTRAENTE – PERSONA FISICA	
Cognome e Nome _____	Sesso _____
Codice fiscale _____	Data e luogo di nascita _____
Indirizzo di residenza _____	
CAP _____ Città _____	Provincia _____ Nazione _____
Indirizzo di corrispondenza (se diverso dall'indirizzo di residenza) _____	
CAP _____ Città _____	Provincia _____ Nazione _____
Domicilio Indirizzo di corrispondenza: <input type="checkbox"/> proprio <input type="checkbox"/> presso terzi	
Indirizzo e-mail _____	Cell. _____
Cittadinanza (anche risposta multipla) _____	
Professione (si veda tabella 1) _____ Settore Attività Economica: 600 Famiglie Consumatrici	
Tipo Documento di riconoscimento _____	
Numero Documento _____	Data rilascio _____
Ente e Comune di rilascio _____	Data scadenza _____
Persona politicamente esposta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto: _____ <i>(si veda tabella 5)</i>	
Reddito/Fatturato del Contraente: <input type="checkbox"/> Da 0 a 20.000 € <input type="checkbox"/> Da 20.001 a 50.000 € <input type="checkbox"/> Da 50.001 a 100.000 € <input type="checkbox"/> Da 100.001 a 250.000 € <input type="checkbox"/> Da 250.001 a 500.000 € <input type="checkbox"/> Oltre 500.000 €	
Disponibilità finanziaria <input type="checkbox"/> Fino a 15.000 € <input type="checkbox"/> Oltre 15.000 e fino a 75.000 € <input type="checkbox"/> Oltre 75.000 €	
Il Contraente è U.S. Person soggetta alla normativa FATCA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
U.S. TIN _____ <i>Da compilarsi solo se il Contraente risulta U.S. Person soggetta a FATCA</i>	
Altri domicili fiscali oltre a quella italiana e/o americana (CRS)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale _____ <i>(obbligatorio per domicili fiscali esteri (CRS) – possibili risposte multiple)</i>	
<i>Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" dello stesso da parte della Nazione considerata.</i>	
DELEGATO AD OPERARE (Legale Rappresentante) – (Se presente)	
Cognome e Nome _____	Sesso _____
Codice fiscale _____	Data e luogo di nascita _____
Indirizzo di residenza _____	
CAP _____ Città _____	Provincia _____ Nazione _____
Tipo Documento di riconoscimento _____ Numero Doc. _____	
Ente e Comune di rilascio _____	Data rilascio _____ Data scadenza _____
Cittadinanza (anche risposta multipla) _____	
Persona politicamente esposta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Il Delegato è U.S. Person soggetta alla normativa FATCA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
U.S.TIN _____ <i>Da compilarsi solo se il Delegato è U.S. Person soggetta a FATCA</i>	
Altri domicili fiscali oltre a quella italiana e/o americana (CRS)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale _____ <i>(obbligatorio per domicili fiscali esteri (CRS) – possibili risposte multiple)</i>	
<i>Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" dello stesso da parte della Nazione considerata.</i>	
Legame Contraente – Delegato: _____ <i>(vedi tabella 3)</i>	
TITOLARE EFFETTIVO: Il Contraente dichiara di essere il Titolare Effettivo della polizza.	
ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)	
Cognome e Nome _____	Sesso _____
Codice fiscale _____	Data e luogo di nascita _____
Professione _____	Fumatore* <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
* Non – Fumatore è l'Assicurato che non abbia mai fumato (sigarette, anche elettroniche, sigari, pipa o altro) o che non fumi da almeno 3 anni.	
Tipo Documento di riconoscimento _____	
Numero Documento _____	Data rilascio _____
Ente e Comune di rilascio _____	Data scadenza _____

PRODOTTO E DATI TECNICI

Prodotto _____ Durata contrattuale _____

Periodo pagamento premi _____ Premio unico di rata

Periodicità di pagamento _____ Prestazione assicurata (principale) _____

Modalità di pagamento premi _____

descrizione (si veda tabella 4): se Bonifico: specificare IBAN e intestazione del conto – se Reinvestimento: specificare contratto da trasformare

Modalità di pagamento premi successivi _____

descrizione (si veda tabella 4): per H. Nuova Futuro Protetto e H. Nuova Omnia Dec – V. Annuo

SOLO PER IL PRODOTTO H. FUTURO PROTETTO (selezione garanzia complementare facoltativa e opzione di liquidazione Flash Benefit)

Garanzia complementare: Infortunio Invalid. Totale&Permanen. Malattia Grave

Opzione di liquidazione Flash Benefit: SI NO

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO (da compilare sempre per tutti i prodotti)

In caso di decesso dell'Assicurato: _____

descrizione (si veda tabella 2) e legame con il Contraente (si veda tabella 3)

Avvertenza: in caso di mancata designazione in forma nominativa del Beneficiario, la Società all'atto della liquidazione della prestazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli aventi diritto.

Designazione in forma nominativa in caso di decesso dell'Assicurato:

1° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____

Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____

Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Legame con il Contraente _____

legame con il Contraente (si veda tabella 3)

2° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____

Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____

Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Legame con il Contraente _____

legame con il Contraente (si veda tabella 3)

3° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____

Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____

Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Legame con il Contraente _____

legame con il Contraente (si veda tabella 3)

4° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____

Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____

Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Legame con il Contraente _____

legame con il Contraente (si veda tabella 3)

5° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____

Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____

Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Legame con il Contraente _____

legame con il Contraente (si veda tabella 3)

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Società.

REFERENTE TERZO (da compilare in caso di beneficiari in caso di decesso designati in forma nominativa e in caso di particolari esigenze di riservatezza del Contraente)
 I dati da inserire sono quelli di un soggetto diverso dai Beneficiari, dal Contraente e dell'Assicurato, a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato stesso)

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

SOLO PER IL PRODOTTO H. FUTURO PROTETTO - BENEFICIARI DELL'OPZIONE DI LIQUIDAZIONE FLASH BENEFIT E DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI

Opzione di liquidazione Flash Benefit (attivabile solo se designato/i Beneficiario/i nominativo/i in caso di decesso)

Designazione in forma nominativa (deve coincidere con Beneficiario nominativo in caso di decesso)

Beneficiario:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita/costituzione _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

GARANZIA COMPLEMENTARE DECESSO DA INFORTUNIO

Si intendono validi i Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato sopra indicati.

GARANZIA COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Beneficiario in caso di invalidità totale e permanente

descrizione (si veda tabella 2) e legame con il Contraente (si veda tabella 3)

Avvertenza: in caso di mancata designazione in forma nominativa del Beneficiario, la Società all'atto della liquidazione della prestazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli aventi diritto.

Designazione in forma nominativa in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato:

1° Beneficiario:

_____% Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

2° Beneficiario:

_____% Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

3° Beneficiario:

_____% Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

4° Beneficiario:

_____% Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

5° Beneficiario:

_____% Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 3)

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Società potrà incontrare, in caso di invalidità dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Società.

GARANZIA COMPLEMENTARE MALATTIA GRAVE

Beneficiario in caso di malattia grave _____
descrizione (si veda tabella 2) e legame con il Contraente (si veda tabella 3)

Avvertenza: in caso di mancata designazione in forma nominativa del Beneficiario, la Società all'atto della liquidazione della prestazione potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli aventi diritto.

Designazione in forma nominativa in caso di malattia grave dell'Assicurato:

1° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 2)

2° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 2)

3° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 2)

4° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 2)

5° Beneficiario:

_____ % Cognome e Nome/Ragione Sociale _____
 Codice fiscale/P.IVA _____ Data di nascita _____
 Indirizzo di recapito (via, cap., città, prov.) _____
 Tel. Fisso: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
 Legame con il Contraente _____
legame con il Contraente (si veda tabella 2)

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi relativi ai Beneficiari designati in forma nominativa la Società potrà incontrare, in caso di malattia grave dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica e la revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Società.

COERENZA DEL CONTRATTO

Informazioni sulle persone da tutelare

- 1) Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?
 Sì No

Informazioni sulla situazione assicurativa

- 2) Qual è l'area di bisogno assicurativo - previdenziale che ritiene già pienamente soddisfatta?
 Sicurezza Previdenza Risparmio/Investimento Nessuna

3) Qual è l'area di bisogno assicurativo - previdenziale che intende soddisfare con il contratto in quanto solo parzialmente soddisfatta o ancora non soddisfatta?
 Sicurezza Previdenza Risparmio / Investimento

Informazioni sull'orizzonte temporale
 4) Qual è l'orizzonte temporale che vi prefiggete per soddisfare l'area di bisogno prescelta (in risposta alla domanda 3), considerando anche la probabilità stimata di risoluzione anticipata / di riscatto del contratto?
 Breve (fino a 5 anni compresi) Medio (da 6 a 10 anni compresi) Lungo (maggiore di 10 anni)

Informazioni sulla situazione finanziaria
 5) Qual è il suo attuale stato occupazionale?
 Occupato con contratto a tempo indeterminato Pensionato Non occupato
 Occupato con contratto a tempo determinato, a progetto, ecc. Lavoratore autonomo / libero professionista

6) Qual è la disponibilità finanziaria che può impiegare per soddisfare l'area di bisogno prescelta (in risposta alla domanda 3), considerando anche la sua capacità di risparmio e/o situazione patrimoniale?
 Fino a 15.000 euro Oltre 15.000 e fino a 75.000 euro Oltre 75.000 euro
Ai sensi della normativa antiriciclaggio la risposta alla domanda 6 è obbligatoria ai fini del perfezionamento del contratto

7) Con quale modalità intende impiegare la suddetta disponibilità finanziaria ai fini del contratto?
 Con un versamento in unica soluzione (premio unico)
 Frazionando la suddetta disponibilità in versamenti periodici (premi annui o ricorrenti)

Propensione al rischio e aspettative di rendimento
 8) Qual è la sua propensione al rischio e la conseguente aspettativa di rendimento in relazione al contratto?
 Bassa Medio-Bassa Media Medio-Alta Alta Molto-Alta

In base alle risposte date il contratto è: Coerente Non Coerente

QUESTIONARIO SEMPLIFICATO (PER H. FUTURO PROTETTO PER CAPITALI FINO A 300.000 EURO)

1) L'Assicurato fa uso, anche saltuariamente, o ha fatto uso di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) negli ultimi 3 anni?
 No Sì *indicare tipo e quantità* _____

2) L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?
 No Sì _____
ATTENZIONE: il decesso causato dalla pratica di una o più tra le attività sportive incluse nella domanda 2 risulta escluso dalla garanzia prestata.

3) L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero?
 No Sì _____
ATTENZIONE: il decesso causato dalla pratica di una o più tra le professioni incluse nella domanda 3 risulta escluso dalla garanzia prestata.

4) L'Assicurato ha mai ricevuto la diagnosi per, o ha mai sofferto di, o si è sottoposto a cure per uno dei seguenti disturbi? (*selezionare tutte le risposte valide*):

a) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o virus dell'immunodeficienza umana (HIV)? No Sì

b) Asma (tranne rinite allergica)? No Sì _____
Indicare se assume corticosteroidi tra gli attacchi

c) Bronchite/Polmonite? No Sì _____
Indicare quale ed in media all'anno di quanti episodi associati a questo disturbo soffre

d) Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BCPO)/Enfisema? No Sì

e) Cancro o altri tumori maligni, leucemia, linfoma, polipo, cisti, fibroma? No Sì In caso di risposta Sì, il suo medico ha confermato una tra le diagnosi seguenti:
 ciste mammario, uterino, cervicale o ovarico

- fibroma mammario, uterino o ovarico
- polipo ovarico o uterino
- polipi nasali o delle corde vocali
- altro _____
- non ne sono sicuro

Se selezionato uno dei primi 4 casi sopra riportati indicare se il suo medico le ha confermato l'assenza di malignità, senza alcuna necessità di ulteriori cure o follow-up:

- No Sì Non ne sono certo

f) Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare? No Sì

g) Diabete? No Sì

In caso di risposta Sì, è disposto a rispondere ad alcune domande aggiuntive per la valutazione di questo disturbo:
 No Sì

In caso di risposta SI compilare anche il Questionario Diabete (Allegato 1)

h) Diabete gestazionale (solo femmine) No Sì

In caso di risposta Sì, il disturbo si è risolto senza complicanze?

- No Sì Non ne sono sicura

i) Apnea notturna? No Sì

j) Attacco cardiaco (infarto miocardio)/Cardiomiopatia/Dolore al torace/Coronaropatia? No Sì

k) Epatite? No Sì

In caso di risposta Sì, quale delle seguenti opzioni è valida:

- epatite A / epatite E
- epatite B
- epatite C
- epatite D
- epatite G
- autoimmune
- tossica

In caso di Epatite A o E è guarito completamente senza necessità di ulteriori cure, esami (compresi esami del sangue) o controlli di follow-up?

- No Sì

l) Pressione alta (ipertensione)? No Sì

Indicare, se conosciuti, i livelli più recenti di pressione arteriosa sistolica e diastolica

m) Colesterolo alto (iperlipidemia)? No Sì

Indicare, se conosciuto, il risultato dell'ultimo test realizzato sul rapporto tra colesterolo totale/HDL, nel caso in cui non fosse in grado di specificare il rapporto più recente tra colesterolo totale /HDL indicare il risultato dell'ultimo esame di colesterolo totale realizzato (mg/dl).

n) Malattia di Huntington? No Sì

o) Sclerosi multipla? No Sì

p) Attacco ischemico transitorio (TIA)? No Sì

q) Malattia renale policistica? No Sì

r) Altro (non presente in elenco)? No Sì

Indicare nome del disturbo

s) Nessuna di queste

5) Negli ultimi 12 mesi l'Assicurato si è sottoposto a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografie, biopsie) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma oppure sta seguendo delle cure o trattamenti per malattie o disturbi che non ha ancora dichiarato?

- No Sì

Se Sì, indicare in quale delle seguenti categorie rientra:

indagini diagnostiche _____
Indicare il tipo di indagine (se più di una indicarle tutte)

cure o trattamenti _____
Indicare il nome del disturbo per il quale sta seguendo la cura (se più di uno indicarli tutti)

6) L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per: appendicectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni né postumi, safenectomia, meniscectomia) per malattie o disturbi non ancora dichiarati?
 No Sì _____
Indicare tipo di intervento (se più di uno indicarli tutti)

7) Altezza e peso dell'Assicurato: Altezza in cm _____ Peso in Kg _____

QUESTIONARIO STILE DI VITA DELL'ASSICURATO (PER H. FUTURO PROTETTO PER CAPITALI SUPERIORI A 300.000 EURO E H. NUOVA OMNIA DECRESCENTE)

1) L'Assicurato fa uso, anche saltuariamente, o ha fatto uso di tabacco (sigarette, anche di tipo elettronico, sigari, pipa o altro) negli ultimi 3 anni?
 No Sì *indicare tipo, quantità e da quanto tempo* _____

2) L'Assicurato assume abitualmente bevande alcoliche?
 No Sì *indicare quali, quantità, frequenza e da quanto tempo* _____

3) L'Assicurato ha mai assunto o fa uso di sostanze stupefacenti o droghe?
 No Sì *indicare quali, quantità, frequenza, motivo e da quanto tempo* _____

4) L'Assicurato effettua viaggi, anche saltuariamente, in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico-militari (non sono considerati a rischio viaggi effettuati dall'Assicurato per turismo e organizzati da primarie agenzie se soggiorna in villaggi turistici e viaggi effettuati per lavoro nelle aree più frequenti: Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale/Tibet escluso)?
 No Sì *indicare tutti i paesi, quando e per quale motivo* _____

5) L'Assicurato pratica una delle seguenti professioni: operatore di qualunque settore merceologico che, anche occasionalmente è esposto a sostanze esplosive, cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive; operaio/muratore che lavora ad altezze superiori ai 20 metri; pilota o membro dell'equipaggio di velivoli non commerciali/di linea o volo per servizi anti-incendio o ricerca e recupero; sommozzatore o palombaro; addetto alla guida di mezzi subacquei; minatore o addetto a scavi in profondità, sia terrestri che marini e/o lacustri; collaudatore di veicoli, lavoro su piattaforme petrolifere; addetto delle forze armate se impiegato in missioni all'estero?
 No Sì *indicare la professione a rischio svolta* _____
Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle professioni sopra indicate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali? No Sì

6) L'Assicurato pratica **ALTRA** professione che lo espone anche saltuariamente a pericoli?
 No Sì *indicare la professione svolta* _____
Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alla professione sopra indicata? NO Sì

7) L'Assicurato pratica una delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere (incluso il volo con ultraleggeri, deltaplani e parapendio), paracadutismo, bungee jumping, pugilato, speleologia, immersioni subacquee non in apnea, alpinismo di grado superiore al terzo secondo la scala francese, automobilismo, motociclismo, motonautica, salto dal trampolino con sci o idrosci e sport estremi in genere?
 No Sì *indicare gli sport a rischio praticati* _____
Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sportive sopra specificate, rimuovendo l'esclusione prevista dalle Condizioni Contrattuali? No Sì
L'Assicurato pratica **ALTRE** attività sportive che lo espongono anche saltuariamente a pericoli?
 No Sì *indicare gli sport praticati* _____
Si richiede che le Garanzie previste dal contratto si estendano anche alle attività sopra specificate No Sì

8) In precedenza le è stata rifiutata, o offerta con aggravamento del premio, una assicurazione sulla vita o di malattia?
 No Sì _____
Indicare quando e per quale motivo

9) L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita o proposte concomitanti la somma delle quali supera 500.000 Euro?
 No Sì _____
Indicare per ogni altra assicurazione/proposta la decorrenza, il capitale assicurato, la durata e la Compagnia

QUESTIONARIO SANITARIO DELL'ASSICURATO (PER H. FUTURO PROTETTO PER CAPITALI SUPERIORI A 300.000 EURO E H. NUOVA OMNIA DECRESCENTE)

10) Nella parentela consanguinea dell'Assicurato (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di malattia di Alzheimer, malattie del cuore o della circolazione, ictus, diabete, malattie renali o tumori prima dell'età di 65 anni?
 No Sì _____
Indicare chi, quale/quali malattia/e e a quale età è stata formulata la diagnosi

11) L'Assicurato ha mai ricevuto la diagnosi per, o ha mai sofferto di, o si è sottoposto a cure per uno dei seguenti disturbi? (selezionare tutte le risposte valide):

a) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o virus dell'immunodeficienza umana (HIV)?
 No Sì _____
Indicare quando e postumi

b) Carcinoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

c) Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare?
 No Sì _____
Indicare quale, quando e postumi

d) Diabete?
 No Sì _____
Indicare stadio, quando e postumi. Compilare anche in caso di diabete gestazionale (per Assicurate donne)

e) Attacco cardiaco (infarto miocardico)?
 No Sì _____
Indicare quando, quanti e postumi

f) Epatite?
 No Sì _____
Indicare il tipo, quando e postumi

g) Pressione alta (ipertensione)?
 No Sì _____
Indicare quando e postumi

h) Colesterolo alto (iperlipidemia)?
 No Sì _____
Indicare quando e postumi

i) Attacco ischemico transitorio (TIA)?
 No Sì _____
Indicare quando e postumi

j) Nessuna di queste?

12) Negli ultimi 10 anni, ha dovuto (o le è stato consigliato di) sottoporsi a esami clinici, visite mediche o cure da parte di un medico per via di una delle seguenti motivazioni? (selezionare tutte le risposte valide):

a) Allergie o malattie o disturbi del sistema immunitario?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, da quanto tempo e postumi

b) Patologia o disturbo della vescica, dei reni, della prostata o del tratto urinario?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

c) Malattia del sangue?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

d) Patologia o disturbo delle ossa, delle articolazioni, dei muscoli o del tessuto connettivo?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

e) Patologia o disturbo del cervello, del midollo spinale o neuropatia?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

f) Patologia o disturbo respiratorio o dei polmoni?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

g) Patologia o disturbo di orecchie, naso, gola o bocca?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

h) Patologia o disturbo dell'occhio?
 No Sì _____
Indicare quale tipologia, quando e postumi

i) Patologia o disturbo di cuore, vene o vasi sanguigni?

	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
j)	Patologia o disturbo ormonale, ghiandola o metabolico?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
k)	Patologia o disturbo infettivo o virale?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
l)	Lesione o avvelenamento?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, in quale parte del corpo, quando e postumi</i>	
m)	Patologia o disturbo di intestino, esofago o stomaco?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, in quale parte del corpo, quando e postumi</i>	
n)	Patologia o disturbo di fegato, dotto biliare o colecisti?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
o)	Patologia o disturbo mentale, comportamentale o emotivo?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
p)	Disturbo o patologia riproduttiva?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
q)	Patologia o disturbo sessualmente trasmissibili?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
r)	Patologia o disturbo della cute?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale tipologia, quando e postumi</i>	
s)	<input type="checkbox"/> Altro (non presente nell'elenco)? _____		
		<i>Indicare il nome del disturbo</i>	
t)	<input type="checkbox"/> Nessuna di queste?		
13)	Negli ultimi 12 mesi l'Assicurato si è sottoposto a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, elettroencefalogramma, mammografie, biopsie) al di fuori dei controlli a puro scopo preventivo, che abbiano dato esito fuori dalla norma e per malattie o disturbi non ancora dichiarati?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quando, quali esami, per quale motivo e con quale esito</i>	
14)	L'Assicurato è mai stato ricoverato in ospedali o case di cura/cliniche o si è mai sottoposto ad interventi chirurgici (esclusi ricoveri o interventi per: appendicectomia, tonsillectomia, parto, interventi di chirurgia estetica, fratture non ricorrenti e senza complicazioni né postumi, safenectomia, meniscectomia) per malattie o disturbi non ancora dichiarati?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale intervento e quando</i>	
15)	Sta seguendo delle cure per malattie o disturbi che non ha ancora dichiarato?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare il nome del disturbo o della malattia per i quali sta seguendo questa cura</i>	
16)	L'Assicurato è titolare di una pensione di invalidità o inabilità oppure ha fatto domanda per ottenerla?		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
		<i>Indicare quale, da quando, per quale motivo e percentuale di disabilità/invalidità</i>	
17)	Altezza e peso dell'Assicurato: Altezza in cm _____ Peso in Kg _____		

PRIVACY (DA FAR SOTTOSCRIVERE E CONSERVARE)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute", esprime i seguenti consensi/dinieghi:

il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente)

dà/danno **nega/negano**

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 2 lettera a) dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato al punto 3 lettera a) e c) della stessa informativa;

il Contraente

dà **nega**

il consenso al trattamento dei propri dati personali per finalità di profilazione connessa al marketing;

il Contraente

dà **nega**

il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità commerciali di cui al punto 2 lett. b) dell'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 3, lett. b) della stessa informativa, che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le medesime finalità, svolti tramite:

posta **e-mail** **telefono**

Firma dell'Interessato/Contraente

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

TABELLE

1. PROFESSIONI

Professioni		
AGENTI, MEDIATORI, INTERMEDIARI	CONSULENTE	LIBERO PROFESSIONISTA
ALLENATORE SPORTIVO	DIPENDENTE	MAGISTRATI E GIUDICI
ALTA DIRIGENZA STATALE	DIRIGENTE	MASSAGGIATORI E FISIOTERAPISTI
ALTRA PROFESSIONE	DISOCCUPATO	MEDICI E FARMACISTI
AMMINISTRATORE DI SOCIETA'	ECCLESIASTICO	NOTAI, AVVOCATI, PROCURATORI LEGALI
AMMINISTRATORE DI STABILI	FUNZIONARIO	OTTICO
ARTIGIANO	GESTORI DI IMMOBILI E GESTORI DI PATRIMONI	PARAMEDICI
BARBIERI E PARRUCCHIERI	GIORNALAI	PENSIONATO
BIBLIOTECARIO	GIORNALISTA	POLITICO-DIPLOMATICO
CASALINGA	IMPRENDITORE	POLITICO-PARLAMENTARE
COLLABORATORE	INGEGNERI, ARCHITETTI, GEOMETRI, PERITI	RAPPRESENTANTE
COMMERCIALISTI E RAGIONIERI	INSEGNANTI E PROFESSORI	SOCI LAVORATORI DI COOPERATIVE
COMMERCIANTE	LAVORATORI AUTONOMI E ASSIMILATI	STUDENTE

2. BENEFICIARI

Beneficiari in caso di	Polizze Individuali			Polizze Collettive	
	Decesso	Vita	Invalità totale e permanente e/o malattia grave	Decesso	Invalità totale e permanente
Gli eredi legittimi del Contraente	x	x			
Il coniuge o, in mancanza, i figli del Contraente	x	x	x		
Gli eredi legittimi dell'Assicurato				x	
Il coniuge o, in mancanza, i figli dell'Assicurato				x	
Il Contraente	x	x	x	x	x
L'Assicurato		x	x		x
Il/i soggetto/i indicato/i (designazione in forma nominativa)	x	x	x	x	

3. LEGAME CON IL CONTRAENTE

Legame con il Contraente	
Socio/Azionista	Coniuge
Titolarietà effettiva	Figlio/a
Rappresentanza Legale	Altro rapporto parentale o di convivenza
Delega/Procura	Relazione di affari, rapporto commerciale o professionale diverso dai precedenti
Curatela fallimentare	Altro legame
Rapporto di lavoro	

4. MODALITA' DI PAGAMENTO

Modalità di pagamento
Assegno bancario
Bonifico (specificare IBAN e intestazione conto)
Reinvestimento (specificare contratto da trasformare)
Assegno circolare
Bollettino postale
POS (Bancomat, Carta credito)

5. ORIGINE DEI FONDI

Descrizione
Redditi da lavoro
Rendite derivanti da attività mobiliari o immobiliari
Disinvestimenti mobiliari o immobiliari
Assegni di mantenimento
Eredità
Vincite
Donazione
Liquidazione sinistro
Altro

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di Intermediari e che formeranno oggetto di trattamento¹, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i Suoi dati personali:

- Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.
- Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.
- Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.
- Chiara Assicurazioni S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio;
- b) qualora Lei presti il Suo consenso, può anche essere diretto, all'espletamento di attività di marketing (ossia: invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale, partecipazione a concorsi a premi) e di profilazione connessa al marketing (trattamento automatizzato di dati personali per analizzare o prevedere aspetti riguardanti la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti).

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali viene effettuato:

- c) anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- d) dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- e) da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa, come sotto definita, o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come Titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento;
- f) per finalità di marketing, sia con strumenti tradizionali quali la posta cartacea e/o le chiamate con operatore, sia tramite strumenti automatizzati, ossia, sistemi di chiamata o di comunicazione di chiamata senza l'intervento di un operatore, mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Mms (Multimedia Messaging Service) o Sms (Short Message Service) o di altro tipo.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal Titolare:

- a) per le finalità di cui al punto 2, lettera a), ove necessario per l'esecuzione di contratti o per obblighi di legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione delle clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- b) per le finalità di cui al punto 2, lett. b), alle Compagnie del Gruppo Helvetia Italia (elencate al punto 1) ed alla relativa rete di intermediari o a società esterne di promozione e/o sviluppo commerciale incaricate a supportare le Compagnie nei trattamenti;
- c) per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso Paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

¹ Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2;
- per dodici mesi dalla raccolta dei dati utilizzati ai soli fini di marketing e profilazione connessa al marketing.

6. Diritti dell'Interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento; di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro Titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento.

Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969), o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al Titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera a);
- b) facoltativa ai fini dello svolgimento delle attività descritte al punto 2, lettera b);
- c) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzarne il trattamento:

- d) nel caso di cui alla lett. a), comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri;
- e) nel caso di cui alla lett. b), non comporta alcuna conseguenza sui contratti in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di usufruire dei servizi sopra descritti e di svolgere attività di marketing e profilazione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole, che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute", esprime i seguenti consensi/dinieghi:

il Contraente e l'Assicurato (se diverso dal Contraente)

dà/danno **nega/negano**

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 2 lettera a) dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato al punto 3 lettera a) e c) della stessa informativa;

il Contraente

dà **nega**

il consenso al trattamento dei propri dati personali per finalità di profilazione connessa al marketing;

il Contraente

dà **nega**

il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità commerciali di cui al punto 2 lett. b) dell'informativa, compresa la loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 3, lett. b) della stessa informativa, che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le medesime finalità, svolti tramite:

posta **e-mail** **telefono**

Firma dell'Interessato/Contraente
(o del Delegato)

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

ISTRUZIONI

Titolari effettivi (da compilarsi nel modulo da far sottoscrivere al Cliente)

(D. Lgs. 90/2017, Art. 20 e s.m.i. – Disposizioni regolamentari di settore)

Per Titolare Effettivo si intende:

a) **in caso di società:** la persona/le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25% di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica;

b) **in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:** 1) i fondatori, ove in vita; 2) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili; 3) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica; 4) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

(D. Lgs 90/2017, art. 23 e s.m.i.)

Può non essere rilevato il titolare effettivo per i Contraenti soggetti a misure semplificate di adeguata verifica, come:

- **Società quotate su un mercato regolamentato ai sensi della Direttiva 2004/39/CE**
- **Pubbliche amministrazioni, altre istituzioni finanziarie e non (riconoscibili dai SAE riportati di seguito)**

SAE	Amministrazioni pubbliche
100	TESORO DELLO STATO
102	AMMINISTRAZIONE STATALE E ORGANI COSTITUZIONALI
120	AMMINISTRAZIONI REGIONALI
121	AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI
165	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA - AMMINISTR. CENTRALI
166	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI RICREATIVI E CULTURALI - AMMINISTR. CENTRALI
167	ENTI DI RICERCA
173	AMMINISTRAZIONI COMUNALI
174	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
175	ALTRI ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI
176	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITA' ECONOMICA - AMMINISTR. LOCALI
177	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI RICREATIVI E CULTURALI - AMMINISTR. LOCALI
178	ALTRI ENTI LOCALI
191	ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE
475	IMPRESE CONTROLL DA AMM. CENTRALI
476	IMPRESE CONTROLL DA AMM. LOCALI
477	IMPRESE CONTROLL DA ALTRE AMM. PUBBL.

SAE	Società finanziarie
101	CASSA DEPOSITI E PRESTITI
245	SISTEMA BANCARIO
247	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MONETARIO
248	ISTITUTI DI MONETA ELETTRONICA
255	HOLDING FINANZIARIE PUBBLICHE
257	MERCHANT BANKS
258	SOCIETA' DI LEASING
259	SOCIETA' DI FACTORING
263	SOCIETA' DI CREDITO AL CONSUMO
264	SOCIETA' DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (SIM)
265	SOCIETA' FIDUCIARIE DI GESTIONE
266	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO
267	ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO
268	ALTRE FINANZIARIE
270	SOCIETA' DI GESTIONE DI FONDI
276	AGENTI DI CAMBIO
279	AUTORITA' CENTRALI DI CONTROLLO
300	BANCA D'ITALIA

SAE	Società NON finanziarie
470	AZIENDE MUNICIPALIZZATE/PROVINCIALIZZATE/REGIONALIZZATE
471	IMPRESE PARTECIPATE DALLLO STATO
472	IMPRESE A PARTECIPAZIONE REGIONALE O LOCALE
473	ALTRE UNITA' PUBBLICHE
474	HOLDING PUBBLICHE

Persone politicamente esposte (da compilarsi nel modulo da far sottoscrivere al Cliente)

(D. Lgs. n. 90/2017, Art. 1 e s.m.i. - Disposizioni regolamentari di settore)

- 1 **Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche:** a) 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; b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri; c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici; d) 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; e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti; f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri; g) 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; h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale; i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
- 2 **Familiari diretti:** a) coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; b) figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; c) genitori.
- 3 **Soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami:** a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al punto 1; b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1.

Non sono considerate PEP coloro che hanno cessato di occupare importanti cariche pubbliche da almeno un anno.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) (da compilarsi nel modulo da far sottoscrivere al Cliente)

FATCA designa la normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti estero. In virtù dell'accordo sottoscritto dai Governi di Italia e Stati Uniti il 10.01.2014 in tema FATCA, che prevede il reciproco scambio di informazioni finanziarie a partire dal 01.07.2014, gli intermediari finanziari italiani sono tenuti a identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i clienti aventi residenza fiscale statunitense.

CRS (Common Reporting Standard) (da compilarsi nel modulo da far sottoscrivere al Cliente)

E' il quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.

QUESTIONARIO DIABETE

Indicare la condizione di diabete che è le è stata diagnosticata:

- diabete borderline/iperglicemia intermedia/pre-diabete
- diabete insulinodipendente/diabete di tipo 1/diabete giovanile
- diabete mellito di tipo 2/diabete mellito non insulino-dipendente

Indicare quando le è stata diagnosticata questa condizione _____

- altro/non conosco la risposta

Rispondere sempre alle seguenti domande:

Indicare il valore di emoglobina glicosilata (HbA1c) più recente _____

Quanto spesso le è stato consigliato dal medico di controllare la glicemia? _____

Quante volte la settimana controlla i livelli di zucchero nel sangue? _____

Assume insulina?

SI NO _____

Se risposta SI indicare dettagli

Se non assume insulina sta utilizzando terapie farmacologiche?

SI NO _____

Se risposta è SI Indicare quanti diversi tipi di farmaci - ipoglicemici orali sta attualmente assumendo e se il tipo di trattamento farmacologico o il dosaggio è cambiato negli ultimi 6 mesi.

Se risposta è NO indicare se la patologia viene trattata solo con dieta ed esercizio

Le è mai stato diagnosticato, sottoposto a trattamento o le è mai stato consigliato di effettuare ulteriori indagini/test o visite specialistiche per una delle seguenti condizioni?

- coma diabetico
- proteinuria (presenza di proteine nelle urine)
- gangrena, amputazione , ulcera cronica al piede
- disturbo o patologia renale
- neuropatia (patologia neurologica)
- ictus/attacco ischemico transitorio
- ipertensione o altro disturbo cardiovascolare
- patologia vascolare periferica (ad esempio: claudicazio intermittente)
- nessuna delle suddette patologie

E' mai stato ricoverato o ha mai ricevuto cure in regime di emergenza per questa condizioni?

SI NO _____

Se risposta SI indicare dettagli