



Iscritto all' Albo tenuto dalla COVIP con il n. 22

Attenzione: l'adesione a Fondo Pensione Aperto - Vittoria Formula Lavoro deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento "Informazioni chiave per l'aderente". La Nota Informativa e il regolamento sono disponibili sul sito www.vittoriaassicurazioni.com. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Dati dell'aderente				
cognome		nome		sexso (M/F)
codice fiscale		data di nascita	luogo di nascita	
prov.	cap	stato		
indirizzo di residenza			comune	
prov.	cap	stato		
indirizzo di recapito			comune	
prov.	cap	stato		
recapito telefonico		e-mail		
documento di riconoscimento		n. documento		
ente e luogo di emissione		data di rilascio		
Desidero ricevere la corrispondenza: <input type="checkbox"/> In formato elettronico via e-mail <input type="checkbox"/> In formato cartaceo all'indirizzo di recapito				
Titolo di studio				
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma professionale <input type="checkbox"/> Diploma media superiore <input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale <input type="checkbox"/> Laurea/laurea magistrale <input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea				
Professione				
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista <input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo <input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti				

Data prima iscrizione alla previdenza complementare:			
Dati dell'azienda (solo in caso di lavoratori dipendenti):			
Azienda	codice fiscale / partita IVA		
indirizzo	recapito telefonico	e-mail	

Nei casi di adesione collettiva, fornire le seguenti informazioni:

Tipologia di adesione collettiva:	<input type="checkbox"/> Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali	<input type="checkbox"/> Accordi plurimi
-----------------------------------	---	--

Informazioni relative a posizione presso altra forma pensionistica complementare (solo se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare):

Denominazione altra forma pensionistica complementare:	
Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:	
L'attuale scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata	<input type="checkbox"/> Consegnata <input type="checkbox"/> Non consegnata (*)

(*) Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla

Indicare se si intende chiedere il trasferimento della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Opzione di investimento scelta

Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il **Questionario di autovalutazione** riportato più avanti.

Denominazione dei comparti	Categoria
<input type="checkbox"/> Previdenza Garantita	Garantito
<input type="checkbox"/> Previdenza Equilibrata	Bilanciato
<input type="checkbox"/> Previdenza Bilanciato Internazionale	Bilanciato
<input type="checkbox"/> Previdenza Capitalizzata	Azionario

Beneficiari in caso morte dell'Aderente prima del pensionamento:

--

Contribuzione e modalità di pagamento

- **Caso di adesione individuale senza apporto TFR**
Il versamento potrà avvenire tramite bonifico bancario (IBAN: IT09V0500001600CC0017232300, intestato a "Vittoria Assicurazioni – Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro" con valuta pari alla data riconosciuta dalla banca ordinante); nella causale di versamento, riportare sempre il codice fiscale dell'aderente; i versamenti sono trasformati in quote sulla base del primo valore di quota, calcolato con periodicità mensile, successivo al giorno in cui si sono resi disponibili per la valorizzazione oppure mediante addebito diretto (SDD).
- **Caso di adesione individuale senza apporto TFR o adesione collettiva**.....
Il versamento, a cura del datore di lavoro, dovrà avvenire seguendo le istruzioni scaricabili sul sito www.vittoriaassicurazioni.com

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.vittoriaassicurazione.com la Nota informativa, il regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda 'I costi' della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda 'I costi');
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
- sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.vittoriaassicurazione.com;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso aderisca alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il 'Questionario di Autovalutazione';
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione Aperto - Vittoria Formula Lavoro, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, la società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, la società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- che a seguito della compilazione in ogni sua parte e sottoscrizione del presente modulo di adesione riceverà, all'indirizzo sopraindicato, apposita comunicazione dell'avvenuta iscrizione al Fondo mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le indicazioni relative al primo contributo versato.

L'aderente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto, inoltrando per iscritto la richiesta di recesso tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita – via Ignazio Gardella, 2 – 20149 Milano. Il recesso ha l'effetto di liberare l'aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto.

La Compagnia, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, effettuerà il rimborso.

Luogo e data _____ Firma Aderente _____

Prestazione assicurative facoltative (è possibile selezionare solo una delle 3 opzioni)

- attivare** la copertura in caso di decesso e in caso di invalidità totale e permanente dell'aderente mediante il pagamento di un premio annuo pari a: 120 euro 180 euro
- attivare** la copertura in caso di decesso e in caso di perdita di autosufficienza (Long Term Care) mediante il pagamento di un premio annuo pari a: 120 euro 180 euro

Data decorrenza copertura accessoria: verrà comunicata all'interno della lettera di conferma.

In caso di sottoscrizione di una garanzia accessoria per la prima volta e in corso d'anno, occorre versare un rateo del premio e non l'intero premio annuo. Il rateo dovrà essere calcolato in dodicesimi di anno, in funzione dei mesi di copertura residua, dal 1° giorno del mese successivo alla data di accredito sul conto corrente dedicato fino al 31 dicembre dello stesso anno solare.

Il primo premio dovrà essere versato tramite bonifico bancario, mentre i premi successivi dovranno essere versati tramite addebito in conto corrente

SDD (modulo da allegare).

In allegato al presente modulo si trasmette:

copia del bonifico (IBAN: IT48X0844001600000000077351, intestato a "Vittoria Assicurazioni – Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro")

EVENTO	BENEFICIARI PRESTAZIONE
Decesso	Gli stessi beneficiari della prestazione previdenziale
Invalidità totale e permanente	L'Aderente
Non autosufficienza	L'Aderente

- non attivare** le coperture assicurative accessorie

Dichiarazione di Buon Stato di Salute dell'aderente

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere veritiere, esatte e complete, diversamente l'impresa di assicurazione potrebbe sottovalutare il rischio che avrebbe rifiutato. In caso di dichiarazioni inesatte o incomplete, l'impresa di assicurazione può valutare se la verità sia stata alterata o taciuta per malafede, colpa grave o negligenza, applicando le conseguenti disposizioni di Legge (Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice civile). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurata, nonché la cessazione della copertura assicurativa.

L'ADERENTE NON È TENUTO A FORNIRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE E/O SOTTOPORSI A VISITE MEDICHE DI CONTROLLO E ACCERTAMENTI SANITARI FINALIZZATI AD OTTENERE INFORMAZIONI IN MERITO A PATOLOGIE ONCOLOGICHE DA CUI LO STESSO SIA STATO PRECEDENTEMENTE AFFETTO E IL CUI TRATTAMENTO ATTIVO SI SIA CONCLUSO, SENZA EPISODI DI RECIDIVA, NEI TERMINI INDICATI DALLA LEGGE N. 193 DEL 2023 E NEI RELATIVI DECRETI ATTUATIVI. TALI TERMINI, IN PARTICOLARE QUELLI TEMPORALI, POTREBBERO SUBIRE MODIFICHE ALLA LUCE DEGLI AGGIORNAMENTI NORMATIVI. QUALORA INTRODOTTI SARANNO CONSULTABILI AL SEGUENTE LINK: <https://www.vittoriaassicurazioni.com/diritto-alloblio-oncologico>.

Se l'aderente non sottoscrive tutte le dichiarazioni sul Buono Stato di Salute non potrà usufruire delle prestazioni assicurative accessorie.

Dichiarazioni valide per tutte le tipologie di copertura assicurativa:

1. Dichiaro di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essermi sottoposto a cure o trattamenti e di non assumere alcun trattamento farmacologico in via continuativa per:
 - Tumori compresi leucemia, linfomi e linfadenopatie (non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione della presente Dichiarazione. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni. Si rimanda alla

Tabella delle patologie disponibile sul sito istituzionale della compagnia al seguente link:
<https://www.vittoriaassicurazioni.com/diritto-alloblio-oncologico>

- Infarto Miocardico, bypass e/o stent, angina pectoris, cardiomiopatie, difetti valvolari gravi
- Ictus, Attacco ischemico transitorio (TIA), emorragia cerebrale, aneurisma
- Enfisema, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), sarcoidosi
- Epatite B o C, cirrosi epatica, pancreatite, morbo di Crohn, colite ulcerosa
- Diabete, obesità
- Insufficienza renale o malattia renale richiedente dialisi
- Paralisi, paraplegia, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (comprese SLA), morbo di Huntington
- Artrite reumatoide, artrite psoriasica, osteoporosi richiedente trattamento continuo, scoliosi moderata/grave, spondilite anchilosante
- HIV o malattie HIV-correlate
- Traumi o infortuni con postumi

Dichiaro inoltre di **non** essere stato ricoverato negli ultimi 5 anni* e di **non** essere in attesa di ricovero o di dovermi sottoporre ad accertamenti sanitari diagnostici o visite specialistiche al di fuori dai normali controlli di screening/prevenzione.

* Salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione setto nasale, meniscectomia, rottura legamenti ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale, infortuni senza postumi.

Luogo e data _____ Firma Aderente _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

2. Confermo inoltre che **non** mi è stata riconosciuta una invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, che non percepisco un assegno o una pensione di invalidità/inabilità e di **non** aver fatto domanda per ottenerli.

Luogo e data _____ Firma Aderente _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

Dichiarazioni aggiuntive valide per la sola copertura di perdita di autosufficienza dell'aderente:

3. Confermo inoltre che non necessito di ausili (quali sedia a rotelle, bastone stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa.

Luogo e data _____ Firma Aderente _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

4. Confermo inoltre che nella mia parentela di primo grado (Padre, Madre, fratelli e sorelle) non ci sono stati diagnosi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, Sclerosi Multipla.

Luogo e data _____ Firma Aderente _____
(o di chi esercita sul medesimo la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)

Questionario di autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

- 1 Conoscenza dei fondi pensione
 - ne so poco
 - sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare di tipo finanziario o assicurativo
 - ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni
- 2 Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione
 - non ne sono al corrente
 - so che le somme versate non sono liberamente disponibili
 - so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge
- 3 A che età prevede di andare in pensione?
... anni
- 4 Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)?
per cento
- 5 Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?
 - sì
 - no
- 6 Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota Informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa ?
 - sì
 - no

CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alla domanda 7, 8 e 9

- 7 Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)
 - Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
 - Risparmio medio annuo oltre 3.000 Euro e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
 - Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
 - Non so/non rispondo (punteggio 1)
- 8 Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?
 - 2 anni (punteggio 1)
 - 5 anni (punteggio 2)
 - 7 anni (punteggio 3)
 - 10 anni (punteggio 4)
 - 20 anni (punteggio 5)
 - oltre 20 anni (punteggio 6)
- 9 In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?
 - Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
 - Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

Punteggio ottenuto.....

Il punteggio ottenuto va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione.

GRIGLIA DI VALUTAZIONE	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	Garantito	Obbligazionario misto	Bilanciato
	Obbligazionario puro	Bilanciato	Azionario
	Obbligazionario misto		
In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del 'Questionario di autovalutazione' non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.			

L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Luogo e data **Firma Aderente**

L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data **Firma Aderente**

Data e generalità dell'incaricato **Firma Incaricato**



AUTOCERTIFICAZIONE FATCA e CRS (COMMON REPORTING STANDARD) PERSONE FISICHE

DA COMPILARE E FIRMARE A CURA DELL'INTERESSATO

INFORMAZIONE IMPORTANTE

SI RICHIEDE ALL'INTERESSATO DI COMPILARE I SEGUENTI CAMPI ALLO SCOPO DI ATTESTARE IL PROPRIO STATUS AI SENSI DELLA LEGGE N. 95 DEL 18.06.2015. L'INTERESSATO SI IMPEGNA, SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE, A INFORMARE PRONTAMENTE LA COMPAGNIA NEL CASO IN CUI SI VERIFICHINO CAMBIAMENTI DI CIRCOSTANZA IN MERITO ALLE INFORMAZIONI SOTTO RIPORTATE.

IL SOTTOSCRITTO, CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ DERIVANTE DA MENDACI AFFERMAZIONI IN TALE SEDE, DICHIARA CHE I DATI PRODOTTI NEGLI APPOSITI CAMPI DELLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE CORRISPONDONO AL VERO E DICHIARA DI AVER FORNITO OGNI INFORMAZIONE DI CUI È A CONOSCENZA.

1. DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA

Cognome e Nome			
Codice Fiscale Italiano			
Indirizzo di Residenza			
Comune			
Luogo Nascita		Provincia	C.A.P.
Stato di Nascita		Provincia	Data Nascita / /

2. CONFERMA DELLA CITTADINANZA E RESIDENZA FISCALE

Il Cliente dichiara di possedere, anche congiuntamente, la cittadinanza statunitense

SI U.S. TIN

NO

Il Cliente dichiara di essere residente ai fini fiscali, anche contemporaneamente, nel seguente Stato / nei seguenti Stati

ITALIA SI NO

U.S.A.¹ SI NO U.S. TIN

Altro/i Stato/i estero/i SI NO Codice fiscale Altro/i Stato/i estero/i Stato _____

3. DICHIARAZIONE

- QUALORA IL SOTTOSCRITTORE ABBA DICHIARATO DI NON ESSERE "RESIDENTE FISCALE NEGLI STATI UNITI" O "CITTADINO STATUNITENSE", È CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE NEL CASO EMERGESSERO INDIZI DI PRESUNTA RESIDENZA FISCALE STATUNITENSE O DI PRESUNTA CITTADINANZA STATUNITENSE NON SANATI ATTRAVERSO LA CONSEGNA DI ADEGUATA DOCUMENTAZIONE ENTRO 60 GIORNI DALLA RICHIESTA, LA COMPAGNIA SI RISERVA DI PROVVEDERE A RIPORTARE DETERMINATE INFORMAZIONI A LUI RIFERIBILI ALLA COMPETENTE AUTORITÀ FISCALE, IN OTTEMPERANZA ALLA LEGGE N. 95 DEL 18.06.2015.
- QUALORA IL SOTTOSCRITTORE ABBA DICHIARATO DI ESSERE "CITTADINO STATUNITENSE" E/O "RESIDENTE FISCALE NEGLI STATI UNITI" E/O "RESIDENTE FISCALE IN ALTRO STATO O ALTRI STATI ESTERO/I" È CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE LA COMPAGNIA PROVVEDERÀ, IN CONFORMITÀ ALLA LEGGE N. 95 DEL 18.06.2015, A RIPORTARE DETERMINATE INFORMAZIONI A LUI RIFERIBILI ALLE COMPETENTI AUTORITÀ FISCALI.

_____/____/____
Luogo e Data

Firma

¹ Un soggetto si considera (a titolo indicativo e non esaustivo) Residente U.S. se:

- ✓ è residente stabilmente negli USA o
- ✓ è in possesso della Green Card o
- ✓ ha soggiornato negli U.S.A. per:
 - 31 giorni nell'anno di riferimento e
 - 183 giorni nell'arco di un triennio, considerando interamente i giorni dell'anno di riferimento, per un terzo i giorni dell'anno precedente e per un sesto i giorni del primo anno del triennio.

SCHEDA DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (Artt. 17 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i)

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REG. UE 2016/679 resa ad integrazione dell'informativa generale già consegnata e reperibile nella sezione Privacy del sito www.vittoriaassicurazioni.com - Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge previsti dal decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste e l'impossibilità di completare l'adeguata verifica comporta per l'impresa l'obbligo di non instaurare il rapporto continuativo o di non eseguire l'operazione richiesta ovvero di porre fine al rapporto continuativo già in essere (Obbligo di astensione art. 42 del decreto).

Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo ai sensi e con le modalità previste dalla richiamata normativa. I diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Reg. UE 2016/679, possono essere esercitati per i trattamenti effettuati ai sensi del D.lgs. 231/2007 limitatamente all'aggiornamento, alla rettifica e all'integrazione dei dati, rivolgendosi alla funzione aziendale indicata nell'informativa generale reperibile come sopra indicato.

*Si invita la Gentile Clientela, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D. lgs. 231/2007 e s.m.i., a prendere visione delle informazioni rese sul retro del presente modulo e **si ricorda che il cliente è obbligato a fornire le informazioni necessarie per consentire di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.***

Codice Agenzia
Luogo

Numero Polizza
Data

CONTRAENTE: DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA FISICA

Cognome e Nome			
Codice Fiscale			
Luogo e data di nascita			
Nazionalità			
Cittadinanza (1)			
Cittadinanza (2)			
Indirizzo di residenza		Nazione	
Comune	Prov.		C.A.P.
Domicilio (se diverso Residenza)		Nazione	
Comune	Prov.		C.A.P.
Documento d'identità	Numero		
Rilasciato il	Da		
Professione			
Codice Sottogruppo	Codice Gruppo		
Tipo Attività			
Tipo Attività Economica (T.A.E.)			
Persona politicamente esposta			

TITOLARE EFFETTIVO NON IDENTIFICATO IN QUANTO

BENEFICIARIO/I CASO MORTE NON INDIVIDUATO/I

Descrizione	
-------------	--

PRODOTTO

Codice e Descrizione	
Tipo Apertura	
Tipo Polizza	
Caratteristiche Polizza	
Scopo Prevalente del Rapporto	
Operazione	Importo €
Mezzi di pagamento	
Paese di provenienza o destinazione dei fondi	
Origine dei fondi	
Fascia di reddito annuo / fatturato annuo del contraente	
Disponibilità patrimoniali ulteriori (liquidità, investimenti o altri rapporti)	
Polizza collettiva per conto altrui	
Polizza da adesione	

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione e si impegna a comunicare tempestivamente all'intermediario ogni eventuale variazione intervenuta.

Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

 Luogo e Data

 Firma del Contraente/Esecutore