

MODULO DI PROPOSTA

DARTA EASY SELECTION

Prodotto di investimento assicurativo di tipo unit-linked

Anteriormente alla sottoscrizione della presente Proposta è obbligatoria la consegna del Set informativo composto da: il Documento contenente le informazioni chiave (KID generico), il DIP aggiuntivo IBIP, le Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario e il Modulo di proposta. È facoltà del Contraente ottenere, su richiesta, il Regolamento del Fondo di ciascuna proposta d'investimento collegata al prodotto.

Fac Simile

Allianz Darta Saving è il nome commerciale di
DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac
società appartenente al

Gruppo ALLIANZ

DA INVIARSI A ALLIANZ DARTA SAVING (DARTA)

CONTRAENTE (persona fisica - persona giuridica o ente)

COGNOME E NOME/RAGIONE SOCIALE		CODICE FISCALE (sempre richiesto)		PARTITA IVA	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
DATA DI NASCITA	SESSO ¹	COMUNE DI NASCITA	PROV	STATO DI NASCITA	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	
INDIRIZZO DI RESIDENZA ² /DELLA SEDE LEGALE ²		N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA/SEDE LEGALE	PROV
_____		_____	_____	_____	_____
STATO DI RESIDENZA/SEDE LEGALE	TIPO DOCUMENTO ³	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA		
_____	_____	_____	_____		
IN DATA	DATA DI SCADENZA	E-MAIL	TELEFONO		
_____	_____	_____	_____		

DOMICILIO (se diverso da residenza/sede legale)

DOMICILIO IN VIA	N.	CAP	COMUNE	PROV	STATO
_____	_____	_____	_____	_____	_____

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso da residenza/sede legale)

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA	N.	CAP	COMUNE DI CORRISPONDENZA	PROV
_____	_____	_____	_____	_____
STATO: <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> Estero (specificare) _____				

ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
DATA DI NASCITA	SESSO ¹	COMUNE DI NASCITA	PROV	STATO DI NASCITA	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	STATO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
TIPO DOCUMENTO ³	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	IN DATA	DATA DI SCADENZA	
_____	_____	_____	_____	_____	

- Codice relazione tra l'Assicurato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)
- Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____

SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA⁴ N.1

(in caso di Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno del Contraente)

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE (sempre richiesto)		E-MAIL	
_____	_____	_____	_____	_____	
DATA DI NASCITA	SESSO ¹	COMUNE DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____		
N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	STATO DI RESIDENZA	
_____	_____	_____	_____	_____	
DOMICILIO IN VIA (se diverso da residenza)		N.	CAP	COMUNE	PROV
_____		_____	_____	_____	_____
TIPO DOCUMENTO ³	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	LUOGO DI RILASCIO		
_____	_____	_____	_____		
IN DATA	DATA DI SCADENZA				
_____	_____				

RELAZIONE TRA SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA E CONTRAENTE: Familiare Altro (specificare) _____

- È una persona politicamente esposta? (PEP)
- NON è una persona politicamente esposta

Se è PEP indicare:

- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
- Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA⁴ N.2 (in caso di firme congiunte)

COGNOME E NOME _____ CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____ E-MAIL _____

 DATA DI NASCITA _____ SESSO¹ M F _____ COMUNE DI NASCITA _____ INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

 N. _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____ STATO DI RESIDENZA _____

 DOMICILIO IN VIA (se diverso da residenza) _____ N. _____ CAP _____ COMUNE _____ PROV _____

 TIPO DOCUMENTO³ _____ N. DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ LUOGO DI RILASCIO _____

 IN DATA _____ DATA DI SCADENZA _____
 RELAZIONE TRA SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA E CONTRAENTE: Familiare Altro (specificare) _____
 È una persona politicamente esposta? (PEP)
 NON è una persona politicamente esposta
 Se è PEP indicare:
 • Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
 • Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO (è possibile indicare ulteriori Beneficiari su un allegato)

INDICARE I BENEFICIARI NOMINATIVAMENTE OPPURE SCEGLIERLI TRA QUELLI RICHIAMATI IN LEGENDA INDICANDO LA LETTERA CORRISPONDENTE⁵: _____

PRIMO BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ % _____ CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____ PARTITA IVA _____ E-MAIL _____

 DATA DI NASCITA _____ SESSO¹ M F _____ COMUNE DI NASCITA _____ INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

 N. _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____ STATO DI RESIDENZA _____
 _____ (legenda-tabella D)
 CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA _____ CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) _____ DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA _____
 È una persona politicamente esposta? (PEP) • Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)
 NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁸ è PEP)
 Se è PEP indicare:
 • Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
 • Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
 • Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)
 (se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

SECONDO BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ % _____ CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____ PARTITA IVA _____ E-MAIL _____

 DATA DI NASCITA _____ SESSO¹ M F _____ COMUNE DI NASCITA _____ INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

 N. _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____ STATO DI RESIDENZA _____
 _____ (legenda-tabella D)
 CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA _____ CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) _____ DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA _____
 È una persona politicamente esposta? (PEP) • Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)
 NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁸ è PEP)

Se è PEP indicare:

- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
- Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

TERZO BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ % _____		CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____		PARTITA IVA _____		E-MAIL _____	
_____ DATA DI NASCITA		_____ SESSO ¹		_____ COMUNE DI NASCITA		_____ INDIRIZZO DI RESIDENZA	
_____ N.		_____ CAP		_____ COMUNE DI RESIDENZA		_____ PROV. STATO DI RESIDENZA	

_____ (legenda-tabella D)

CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA _____		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) _____		DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA _____	
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta? (PEP)		• Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)			
<input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta		Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____			

(per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁸ è PEP)

Se è PEP indicare:

- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
- Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

QUARTO BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ % _____		CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____		PARTITA IVA _____		E-MAIL _____	
_____ DATA DI NASCITA		_____ SESSO ¹		_____ COMUNE DI NASCITA		_____ INDIRIZZO DI RESIDENZA	
_____ N.		_____ CAP		_____ COMUNE DI RESIDENZA		_____ PROV. STATO DI RESIDENZA	

_____ (legenda-tabella D)

CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA _____		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) _____		DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA _____	
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta? (PEP)		• Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)			
<input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta		Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____			

(per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁸ è PEP)

Se è PEP indicare:

- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)
- Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

In caso di mancata compilazione della suddetta sezione, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica e/o revoca del/i Beneficiari deve essere comunicata alla Società.

REFERENTE TERZO

Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza nell'identificazione del/i Beneficiario/i, compilare i campi sottostanti indicando un Referente terzo a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

COGNOME E NOME _____		CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____		PARTITA IVA _____		E-MAIL _____	
INDIRIZZO ⁶ _____		N. _____		CAP _____		COMUNE _____ PROV. STATO	

PREMIO TOTALE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE (pari al Premio unico o il primo Premio ricorrente)

TOTALE COMPLESSIVO LORDO DA VERSARE _____ (Euro)

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO C/C _____

PIANO DI PREMI RICORRENTI (in caso di attivazione della versione PLAN)

CARICAMENTI GRAVANTI SUL PIANO DI PREMI RICORRENTI	
Cumulo Premi Plan ¹⁰	Misura % caricamento totale
fino a € 50.000	2,50%
da € 50.001 a € 100.000	2,00%
oltre € 100.000	1,50%
altro (da inserire):	_____ %

PREMIO TOTALE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE (Euro)
(pari al primo premio ricorrente)

FONDI INTERNI E RIPARTIZIONE % DEI PREMI RICORRENTI
(è possibile indicare uno o più Fondi e l'importo minimo per ciascun Fondo è Euro 100)

COD. FONDO*	NOME FONDO INTERNO	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

COD. FONDO*	NOME FONDO INTERNO	%
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(*) Nota Bene: CAMPO OBBLIGATORIO - In caso di incongruenza tra codice e nome del Fondo, ai fini della presente Proposta, prevale il Codice Fondo **TOTALE 100%**

FREQUENZA DEL PIANO DI PREMI RICORRENTI

- Mensile (importo lordo minimo Euro 100)
- Trimestrale (importo lordo minimo Euro 300)
- Semestrale (importo lordo minimo Euro 600)
- Annuale (importo lordo minimo Euro 1.200)

PREMIO RICORRENTE LORDO (per i versamenti successivi)

DURATA DEL PIANO DI PREMI RICORRENTI (anni)

La Società informa che il pagamento dei Premi ricorrenti è ammesso esclusivamente attraverso il **Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.**

OPZIONE "PLAN FOR YOU" (Piano Automatico di Riscatti Programmati)

Attivazione dell'opzione: è indispensabile che sul Fondo interno prescelto per l'attivazione dell'opzione sia investita la porzione di Premio che si vuole utilizzare ai fini del Piano Automatico di Riscatti Programmati.

Fondo interno (indicare un solo Fondo interno):

FREQUENZA	MODALITÀ DEI RISCATTI PROGRAMMATI
<input type="checkbox"/> Annuale	<input type="checkbox"/> Importo fisso: _____ €
<input type="checkbox"/> Semestrale	<input type="checkbox"/> Percentuale fissa del Controllore delle quote del Fondo: _____ %
<input type="checkbox"/> Trimestrale	<input type="checkbox"/> Numero fisso di quote del Fondo: n. _____
<input type="checkbox"/> Mensile	

IL CONTRAENTE DICHIARA DI SOTTOSCRIVERE LA PROPOSTA IN ESERCIZIO D'IMPRESA: Sì No

L'opzione "PLAN FOR YOU" viene attivata, trascorso un mese dalla data di decorrenza del Contratto, solo a favore del Contraente (per i pagamenti saranno utilizzate le coordinate bancarie indicate nella sezione "PREMIO TOTALE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE"; è essenziale l'indicazione del codice IBAN).

DICHIARAZIONI

Il Contraente:

- dichiara di essere stato informato che Darta Easy Selection è un prodotto di tipo complesso;
- dichiara di aver ricevuto, anteriormente alla sottoscrizione del presente modulo di proposta, il Set informativo del prodotto Darta Easy Selection edizione dicembre 2021 composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID generico), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e dal Modulo di Proposta e il KID specifico relativo a ciascuna proposta di investimento offerta che si intende selezionare. Dichiara inoltre di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione del presente Modulo, per prendere visione e comprendere i contenuti dei suddetti documenti;
- se almeno un beneficiario/referente terzo è nominativo, dichiara di aver ricevuto, anteriormente alla sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'informativa sulla privacy che si impegna a fornire ai beneficiari designati nominativamente e all'eventuale referente terzo;
- dichiara che il pagamento anticipato del Premio Totale versato alla sottoscrizione, non determina alcun obbligo contrattuale per la Società;
- prende atto che, in caso di mancata accettazione della Proposta, il Premio Totale versato alla sottoscrizione sarà restituito dalla Società mediante bonifico bancario sul conto corrente indicato nella sezione "PREMIO TOTALE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE";
- dichiara che le informazioni fornite con la presente Proposta sono veritiere ed esatte; dichiara altresì di non aver taciuto, omissso o alterato alcuna circostanza nella compilazione della presente Proposta, assumendosene ogni responsabilità; si impegna inoltre a comunicare tempestivamente alla Società qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con la presente Proposta.

L'Assicurato:

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile;
- dichiara ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di godere di buona salute;
- dichiara di essere a conoscenza del fatto che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, rese dallo stesso circa il proprio stato di salute possono compromettere il diritto alla prestazione;
- dichiara di essere a conoscenza del fatto che lo stesso può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

LUOGO	DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)	FIRMA DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)
-------	------	---	--

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 nonché 1469 bis e successivi del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi può concludere questo Contratto e a quali condizioni e/o limiti? [2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6]; Art. 3 Chi può essere assicurato con questo Contratto? [3.1]; Art. 6 Quando si considera concluso il Contratto? [6.1]; Art. 9 Posso revocare la Proposta? In che modo? [9.1, 9.2]; Art. 10 Posso recedere dal Contratto? In che modo? [10.1, 10.2]; Art. 11 Posso chiedere più operazioni di polizza simultaneamente? [11.1]; Art. 13 Posso chiedere il Riscatto? A quali condizioni? [13.1]; Art. 14 In che modo posso chiedere il Riscatto? [14.1, 14.3]; Art. 15 Cosa ottengo in caso di Riscatto totale? [15.2]; Art. 17 Sono previsti costi in caso di riscatto totale o parziale? [17.1]; Art. 18 Posso richiedere il trasferimento tra fondi disponibili (Switch a richiesta)? In che modo? [18.2]; Art. 19 Come avviene il trasferimento tra Fondi disponibili? [19.1]; Art. 20 Sono attivabili coperture opzionali? In che modo? [20.2, 20.3]; Art. 21 Quali sono le condizioni per l'attivazione della copertura opzionale? [21.1, 21.2]; Art. 22 Quando si attiva la copertura opzionale? Può essere interrotta? [22.2, 22.3, 22.4]; Art. 23 In cosa consiste il Premio dell'opzione "Con Protezione Smart"? [23.1, 23.2]; Art. 24 Quali sono i Premi e quando devo pagare? [24.1, 24.2]; Art. 25 Come devo pagare il Premio unico? (versione CAPITAL) [25.2]; Art. 26 Come viene investito il Premio unico? [26.1]; Art. 27 Come posso attivare il Piano di Premi ricorrenti? (versione PLAN) [27.2, 27.3]; Art. 28 Come devo pagare i premi ricorrenti? [28.1]; Art. 29 Quali attività posso compiere dopo aver attivato il Piano di Premi ricorrenti? [29.1, 29.2]; Art. 30 Il Piano di premi ricorrenti può essere sospeso? [30.1]; Art. 31 Posso riattivare il Piano di premi ricorrenti [31.1]; Art. 36 Quante quote posseggo? A quanto ammonta il loro valore? [36.2, 36.3]; Art. 37 La valorizzazione delle quote del Fondo interno può essere sospesa? [37.1, 37.2, 37.3, 37.4]; Art. 38 Quali sono le opzioni previste dal Contratto? [38.2]; Art. 39 Quali sono le condizioni per l'attivazione del Piano automatico di Riscatti programmati ("Plan for You")? [39.2]; Art. 40 Sono previsti costi per l'attivazione del Piano automatico di Riscatti programmati ("Plan for You")? [40.1]; Art. 41 Posso modificare la frequenza e la modalità dei riscatti programmati? [41.2]; Art. 42 Quando termina il Piano automatico di Riscatti programmati? [42.1]; Art. 43 Quali sono le condizioni per l'attivazione del Piano di Switch automatici "Easy Switch"? [43.2, 43.5, 43.6, 43.8]; Art. 44 Sono previsti costi per l'attivazione del Piano di Switch automatici "Easy Switch"? [44.1]; Art. 46 Quando termina il Piano di Switch? [46.1]; Art. 47 Quali sono le condizioni per l'attivazione del Piano di Ribilanciamento Automatico "Easy Rebalancing"? [47.1, 47.2, 47.3]; Art. 50 - Sono previsti costi per il Piano di Ribilanciamento? [50.1]; Art. 49 Posso disattivare il Piano di Ribilanciamento? [51.1, 51.2]; Art. 52 Quali sono le condizioni per l'attivazione del Piano di consolidamento del rendimento "Profit Lock-in"? [52.1, 52.3, 52.5, 52.7, 52.8]; Art. 54 Sono previsti costi per l'attivazione del Piano di consolidamento del rendimento "Profit Lock-in"? [54.1]; Art. 56 Quali sono le Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato? [56.2]; Art. 57 Sono previste garanzie? [57.1]; Art. 56 Ci sono limitazioni alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato? [58.1, 58.2, 58.3]; Art. 59 Cosa prevede la copertura "Con Protezione Smart"? [59. 2]; Art. 60 Quali sono i Costi del contratto? [60.1, 60.2, 60.3]; Art. 61 Come e quando posso designare e/o revocare i Beneficiari in caso di morte? [61.2, 61.4, 61.5, 61.6]; Art. 62 Ci sono disposizioni particolari nel caso il Contraente sia una persona giuridica o una società fiduciaria? [62.1, 62.2]; Art. 65 La Società può apportare modifiche al contratto? [65.1]; Art. 66 La Società può modificare il Regolamento del Fondo interno? [66.1, 66.3]; Art. 71 A carico di chi sono le tasse e le imposte? [71.1]; Art. 72 Quali sono la legge applicabile e il foro competente? [72.1]; Art. 75 La Società invia le Comunicazioni cartacee con raccomandata? [75.1, 75.2]; Art. 76 Cosa devo fare in caso di modifica della mia posizione anagrafica? [76.1, 76.2, 76.3, 76.4]; Art. 77 Quali sono le regole generali per la trasmissione dei documenti? [77.1, 77.2, 77.3, 77.3]; Art. 78 Quali sono i documenti richiesti dalla Società? [78.1, 78.2, 78.3, 78.4, 78.5, 78.6, 78.7, 78.8].

LUOGO	DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)
-------	------	--

COPERTURA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA PER IL CASO MORTE "CON PROTEZIONE SMART"

Il Contraente chiede di sottoscrivere la copertura opzionale caso morte "Con Protezione Smart", che prevede la corresponsione di una maggiorazione pari a 50.000,00 euro alla prestazione caso morte principale, il cui premio è riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
L'età massima di ingresso dell'Assicurato è 65 anni non compiuti.
"Con Protezione Smart" rimane attiva per un anno, rinnovandosi automaticamente di anno in anno, e comunque non oltre il 79° anno di età dell'Assicurato, salvo che il Contraente non invii una specifica richiesta di interruzione alla Società tramite Raccomandata A/R anticipata via fax.
Il pagamento del premio della copertura complementare avviene mediante prelievo di quote dei Fondi interni in cui il contratto investe, con frequenza trimestrale.

IL CONTRAENTE RICHIEDE LA SOTTOSCRIZIONE DELLA COPERTURA COMPLEMENTARE CASO MORTE

(Barrare la casella in caso di accettazione)

All'uopo, l'Assicurato dichiara:

1. di non aver subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o di non essere attualmente in attesa di ricovero (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica).

2. Di non aver consultato un medico, ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, cure o trattamenti in merito ad una o più delle seguenti malattie/disturbi:
- Cancro o qualsiasi tipo di tumore, leucemia, linfonodi ingrossati;
 - Disturbi cardiaci o della circolazione, infarto, ischemia, ictus, attacco ischemico transitorio, aneurisma, emorragia cerebrale, ipertensione non controllata;
 - Asma (salvo rinite allergica) o bronchite cronica, enfisema;
 - Epatite, cirrosi epatica, disturbi al pancreas o all'intestino;
 - Insufficienza renale, rene policistico, disturbi alla vescica o alla prostata;
 - Obesità;
 - Diabete;
 - HIV, AIDS;
 - Malattie neurologiche o del sistema nervoso, epilessia, disturbi neuro-psichici, depressione, schizofrenia;
3. Di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, radiografie, mammografie, biopsie (al di fuori dai normali controlli di routine a puro scopo preventivo) che abbiano dato esito fuori dalla norma.
4. Di non presentare postumi invalidanti causati da malattie o traumi e/o di non essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerla.

Qualora la **Dichiarazione di Buona Salute** sopra riportata non venga firmata, e si renda necessaria la compilazione del questionario sanitario, l'investimento del Premio unico avrà comunque luogo. **L'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni contenute nel Questionario Sanitario stesso.** Il sottoscritto acconsente esplicitamente, ad ogni fine ed effetto di legge, che la Società, gli Eredi e/o i Beneficiari possano chiedere, anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato, a terzi (siano essi a mero titolo esemplificativo e non esaustivo persone fisiche e/o giuridiche, enti, cliniche, laboratori, aziende ospedaliere, ecc...) informazioni concernenti il proprio stato di salute, certificati medici di qualsivoglia natura, cartelle cliniche o quanto possa essere ritenuto utile opportuno e/o necessario dalla Società ai fini della liquidazione della prestazione assicurativa. Con la presente dichiarazione i soggetti che forniranno le informazioni, i documenti, le certificazioni e/o le cartelle cliniche, sono sin da ora liberati, ad ogni fine ed effetto di legge ivi incluse le disposizioni sul Codice della Privacy, dal segreto professionale/ legale. Nessuno pertanto potrà eccepire alcunchè a fronte di tale richiesta.

LUOGO	DATA
FIRMA DEL CONTRAENTE (O SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA) (per accettazione della Copertura Complementare)	FIRMA DELL'ASSICURATO (per Dichiarazione Buona Salute e per consenso di cui all'art. 1919 del Codice Civile)

CONSENSO PER DATI PERSONALI

Si invita il Contraente e l'Assicurato a leggere attentamente l'Informativa Privacy (Allegato 1 al presente modulo di proposta e alle Condizioni di Assicurazione) prima di completare le seguenti sezioni.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (inclusi i dati relativi alla Salute)

Darta raccoglie il consenso per trattare i dati personali e quelli relativi alla salute del Contraente e dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) per le finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy. I dati saranno trattati per le finalità e le attività elencate nell'Informativa Privacy. Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso barrando in questo modo il riquadro sottostante

- Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, il Contraente e l'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) esprimono il consenso a quanto segue:
- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
 - alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, all'interno o all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA), ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy;
 - a manlevare tutte le persone fisiche presso Darta ed i soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.

MARKETING E COMUNICAZIONI PROMOZIONALI

Darta raccoglie il consenso per il trattamento dei dati personali al fine di poter condurre ricerche di mercato e fornire informazioni relative a prodotti e servizi nuovi o già in essere - incluse attività - di Darta, delle società del gruppo Allianz o società terze (partner commerciali di Darta) che possano essere di interesse per il Contraente. Il consenso è facoltativo e potrà essere manifestato barrando in questo modo i riquadri sottostanti.

- Il Contraente acconsente al trattamento dei suoi dati personali da parte di Darta e le compagnie del gruppo Allianz per finalità di marketing e promozionali, mediante le seguenti tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza: (e-mail, telefono ed ogni altra forma di comunicazione elettronica) così come descritto al paragrafo 3.D dell'Informativa Privacy.
- Il Contraente acconsente alla comunicazione dei suoi dati personali ai soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy ed al trattamento dei suoi dati personali da parte di tali soggetti che potranno trattarli per finalità di marketing e promozionali, mediante le seguenti tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza: (e-mail telefono ed ogni altra forma di comunicazione elettronica) così come descritto al paragrafo 3.D dell'Informativa Privacy.

COMUNICAZIONE ELETTRONICA

Il Contraente acconsente a ricevere da Darta tutte le comunicazioni relative al rapporto contrattuale e alla sua esecuzione in formato elettronico. Nel solo caso in cui il Contraente voglia ricevere le comunicazioni tramite spedizione postale tradizionale è necessario barrare in questo modo il riquadro sottostante.

- Il Contraente vuole ricevere da Darta tutte le comunicazioni tramite spedizione postale tradizionale.

Le preferenze espresse sopra possono essere modificate in qualsiasi momento accedendo al portale clienti online e modificando le impostazioni nel profilo o contattando Darta (come descritto nell'Informativa Privacy).

LUOGO	DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)	FIRMA DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)
-------	------	---	--

DICHIARAZIONE DI RESIDENZA AI FINI FISCALI¹¹

Ai sensi delle normative FATCA e CRS, Darta è tenuta a raccogliere informazioni su ogni Contraente (e Titolare Effettivo) delle proprie polizze, al fine di identificare e classificare ciascuno di essi.

Il Contraente DICHIARA:

- di essere residente ai fini fiscali nel Paese di seguito riportato con il numero di identificazione fiscale associato ("TIN")¹²

• Paese: _____

TIN: _____

nonché nel/i seguente/i eventuale/i ulteriore/i Paese/i:

• Paese: _____

TIN: _____

• Paese: _____

TIN: _____

di **essere** cittadino degli U.S.A. e/o residente, ai fini fiscali, negli U.S.A.

di **NON essere** cittadino degli U.S.A. e/o residente, ai fini fiscali, negli U.S.A.

Dichiarazione finale

Il Contraente, con l'apposizione della firma nello spazio sottostante, **dichiara** sotto la sua personale responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere ed esatte con particolare riferimento allo status di residenza ai fini fiscali nel Paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e di cittadinanza/residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA). Inoltre **dichiara** di informare tempestivamente la Società qualora le informazioni sopra riportate dovessero cambiare successivamente alla sottoscrizione della presente Proposta. Il Contraente riconosce che le informazioni contenute nel presente modulo saranno segnalate all'Autorità fiscale Irlandese come previsto dalla suddetta normativa.

_____ LUOGO _____ DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

Il sottoscritto _____ cod. _____ ai sensi della normativa anticiclaggio italiana e relativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica, attesta con la presente sottoscrizione di aver svolto tutte le attività prescritte a suo carico dalla normativa di riferimento in merito al Contraente (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma) che ha compilato il presente modulo di sottoscrizione.

_____ LUOGO _____ DATA _____ FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

ATTESTAZIONE DI CONSEGNA (da conservarsi a cura dell'intermediario)

Il sottoscritto Contraente _____ attesta di aver ricevuto da _____ cod. _____ una copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS n° 40/2018, una copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo" conforme all'allegato 4 bis del Regolamento IVASS n° 40/2018 e una copia del documento "Elenco delle regole di comportamento del distributore" conforme all'Allegato 4 ter del Regolamento IVASS n° 40/2018, (nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza). Conferma inoltre di aver ricevuto una dichiarazione di adeguatezza contenente la descrizione del consiglio fornito e l'indicazione dei motivi posti alla base della raccomandazione, nonché un'apposita informativa sui costi del prodotto e del servizio.

_____ LUOGO _____ DATA _____ FIRMA DEL CONTRAENTE (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)

CONTRAENTE

Data inizio relazione con il distributore

È una persona politicamente esposta⁷ (PEP)

NON è una persona politicamente esposta

(per Contraente persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁸ è PEP)

Se è PEP indicare:

• Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)

• Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)

Se Contraente persona giuridica indicare la tipologia societaria _____

Attività professionale svolta: _____ Luogo di svolgimento dell'attività _____

Codice TAE (obbligatorio per dipendente, dirigente, imprenditore, libero professionista, lavoratore autonomo) _____

Codice SAE _____ Codice RAE _____

Codice ATECO _____ Reddito annuo _____

Se il Contraente è in **pensione**, è necessario indicare l'ultima attività lavorativa svolta: _____

Luogo di svolgimento dell'attività

Stato _____ Provincia _____ Altri Stati dove viene svolta l'attività _____

INFORMAZIONI SUL COINTESTATARIO DEL CONTO (se presente)

Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Provincia _____ Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____			
Residente in _____	Via _____	Numero civico _____	
C.A.P. _____	Comune/Località _____	Provincia _____	Stato _____
Domicilio in (se diverso da residenza) _____	Via _____	Numero civico _____	
C.A.P. _____	Comune/Località _____	Provincia _____	Stato _____
Tipo di documento: <input type="checkbox"/> Carta di identità <input type="checkbox"/> Passaporto		N° documento _____	
Autorità di rilascio _____	Luogo di rilascio _____	Data di rilascio _ _ _ _ _ _ _	Data di scadenza _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta ⁷ (PEP) <input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta (per Cointestatario del conto persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo ⁸ è PEP) Se è PEP indicare: • Se Cointestatario del conto persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____ • Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B) • Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C) (se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)			
INFORMAZIONI SULLA OPERAZIONE			
Scopo dell'operazione _____			
Origine prevalente dei fondi:			
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro (dipendente o autonomo)	<input type="checkbox"/> Pensione: indicare l'ultima attività svolta _____		
<input type="checkbox"/> Vendita di beni immobili	<input type="checkbox"/> Rientro di capitali dall'estero/ scudo fiscale		
<input type="checkbox"/> Eredità/donazioni	<input type="checkbox"/> Vincita		
<input type="checkbox"/> Smobilizzo valori mobiliari	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		
Il Contraente (o l'eventuale Esecutore, se presente) dichiara che: - i fondi impiegati per il pagamento del premio assicurativo non provengono da una attività criminosa o dalla partecipazione a tale attività. - i fondi impiegati per il pagamento del premio assicurativo sono stati oggetto delle comunicazioni e dichiarazioni richieste a fini fiscali dalle Autorità competenti in base alla normativa applicabile.			
Luogo _____	Data _____	Firma del Contraente (o soggetto/i munito/i dei poteri di firma) _____	
DICHIARAZIONI			
Il sottoscritto _____ <input type="checkbox"/> Contraente <input type="checkbox"/> Soggetto munito dei poteri di firma , ai fini dell'identificazione del "titolare effettivo" di cui all'articolo 1, del d.lgs. n. 231/2007, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 55 del d.lgs. n. 231/2007 nel caso di omessa o falsa indicazione delle generalità del soggetto per conto del quale si esegue l'operazione			
DICHIARA			
<input type="checkbox"/> di agire in proprio e, quindi, di non agire per conto di un diverso titolare effettivo, come previsto e definito dal d.lgs. 231/2007.			
<input type="checkbox"/> di agire per conto dei titolari effettivi di seguito identificati:			
TITOLARE EFFETTIVO⁸			
Nome _____		Cognome _____	
Data di Nascita _ _ _ _ _ _ _		Luogo di Nascita _____	
Provincia _____		Cittadinanza _____	
Codice Fiscale _____			
Residente in _____	Via _____	Numero civico _____	

C.A.P.	Comune/Località	Provincia	Stato
Domicilio in (se diverso da residenza)	Via	Numero civico	
C.A.P.	Comune/Località	Provincia	Stato
Tipo di documento: <input type="checkbox"/> Carta di identità <input type="checkbox"/> Passaporto		N° documento	
Autorità di rilascio	Luogo di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza
Relazione tra Contraente e Titolare effettivo: <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta? (PEP)			
<input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta			
(per Titolare effettivo persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo ⁸ è PEP)			
Se è PEP indicare:			
• Se Titolare effettivo persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____			
• Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)			
• Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)			
(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)			
Se il Titolare effettivo persona giuridica indicare la tipologia societaria _____			
Attività professionale svolta _____		Luogo di svolgimento dell'attività _____	
Codice TAE (obbligatorio per dipendente, dirigente, imprenditore, libero professionista, lavoratore autonomo) _____			
Codice SAE _____		Codice RAE _____	
Codice ATECO _____			
Se il Titolare effettivo è in pensione , è necessario indicare l'ultima attività lavorativa svolta: _____			
Luogo di svolgimento dell'attività			
Stato _____		Provincia _____	
Altri Stati dove viene svolta l'attività _____			

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E FACOLTÀ DI RIPENSAMENTO

Conclusione del Contratto e decorrenza

Al ricevimento della Proposta in originale, sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, se persona diversa, la Società procederà alla sua valutazione. Nel caso in cui la Società accetti la Proposta, il Premio Totale versato alla sottoscrizione al netto dei Caricamenti, è investito nei Fondi interni di destinazione del Premio. Il Contratto si intende concluso a Dublino (Irlanda) nel momento in cui la Società investe il Premio iniziale e cioè il terzo giorno lavorativo successivo alla data di incasso del Premio (momento in cui tale somma è disponibile sul c/c della Società, salvo buon fine), oppure il terzo giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della Proposta in originale qualora questa sia posteriore alla data di incasso del Premio. A conferma della Conclusione del Contratto, la Società invierà al Contraente la Lettera di Conferma di investimento del Premio e la Scheda di polizza.

Gli effetti del Contratto decorrono dalle ore 24 della data di decorrenza che coincide con la data di investimento del Premio. Nel caso in cui la Società non accetti la Proposta, provvederà a restituire al Contraente, entro trenta giorni dalla data di incasso, il Premio, mediante bonifico bancario sul conto corrente bancario indicato nella Proposta.

Revoca della Proposta

Il Contraente può revocare la Proposta fino alla data di conclusione del Contratto. A tal fine, il Contraente deve inviare alla Società una lettera raccomandata all'indirizzo Allianz Darta Saving, Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, IRELAND, anticipata via fax al numero +353-(0) 1-2422301 o email (allianzdarta.saving@darta.ie), con l'indicazione di tale volontà, contenente il pro-prio nome, cognome/ ragione sociale, il numero della Proposta e le coordinate bancarie (numero di conto corrente con relativo codice ABI, CAB, IBAN e BIC) da utilizzarsi ai fini del rimborso del Premio. Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Società cessano dal ricevimento della comunicazione stessa. La Società è tenuta al rimborso delle somme eventualmente pagate dal Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento della sua conclusione. A tal fine, il Contraente deve inviare alla Società una lettera raccomandata all'indirizzo Allianz Darta Saving, Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, IRELAND, anticipata via fax al numero +353-(0) 1-2422301 o email (allianzdarta.saving@darta.ie), con l'indicazione di tale volontà, corredata della documentazione richiesta dalla Società. Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Società cessano dal ricevimento della comunicazione stessa. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società provvede a rimborsare al Contraente una somma pari al Premio da questi corrisposto, maggiorato o diminuito dell'importo pari alla differenza fra:

- il controvalore del Contratto, calcolato utilizzando il Valore unitario della quota del terzo giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della comunicazione di Recesso (sia in caso di andamento decrescente sia in caso di andamento crescente del Valore delle quote)
- il controvalore del Contratto alla data di decorrenza.

NOTA ALLA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA

1 Sesso: **M** MASCHIO **F** FEMMINA

- 2 Requisiti anagrafici: La Società dichiara di operare in Italia in regime di Libera prestazione di servizi e, pertanto di essere ammessa a vendere contratti di assicurazione sulla vita soltanto a potenziali Contraenti che abbiano la propria residenza ovvero il loro domicilio in Italia.
La sussistenza del requisito della residenza o del domicilio in Italia al momento della conclusione del contratto è **elemento essenziale del contratto, costituendone elemento di validità**. Pertanto, qualora il Contraente non abbia i suddetti requisiti al momento della conclusione del contratto, quest'ultimo dovrà considerarsi **nullo, invalido e privo di efficacia ab initio**.

Qualora il Contraente fornisca una falsa dichiarazione in merito alla residenza ovvero al domicilio, sarà ritenuto responsabile non solo per aver reso una certificazione non veritiera ma anche per gli eventuali danni cagionati alla Società con tale condotta (a mero titolo esemplificativo eventuali sanzioni da parte dell'autorità di vigilanza). Nei casi di cui ai precedenti commi, **la Società procederà alla eventuale restituzione del solo controvalore economico delle quote al momento della liquidazione del contratto** (secondo le modalità previste per il riscatto totale) **che comunque non potrà essere superiore all'ammontare del Premio conferito. In ogni caso la Società si riserva di trattenerne l'eventuale somma da restituire fino alla concorrenza della somma ad essa dovuta a titolo di danno. È fatto salvo il diritto della Società di agire per il recupero del maggior danno sofferto. Nel caso di Residenza straniera è obbligatorio compilare anche la sezione del Domicilio italiano.**

- 3 Tipo documento: **1** CARTA D'IDENTITÀ **2** PATENTE DI GUIDA **3** PASSAPORTO
- 4 Nel caso in cui il Contraente sia una Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno del Contraente, compilare con i dati del soggetto munito dei poteri di firma. In tal caso allegare la documentazione comprovante il potere di sottoscrivere la presente Proposta in nome e per conto del Contraente.
- 5 Beneficiari - In caso di decesso dell'Assicurato:
A Il Contraente / **B** Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali / **D** I figli dell'Assicurato in parti uguali
E I genitori dell'Assicurato in parti uguali / **F** Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, i figli dell'Assicurato in parti uguali
G Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali / **J** Beneficio come da plico sigillato depositato presso la Società
L Gli eredi testamentari dell'Assicurato; in mancanza di testamento, i suoi eredi legittimi in parti uguali
- 6 Si consiglia di indicare un indirizzo di residenza a cui la Società possa inviare le eventuali comunicazioni destinate al Beneficiario.
- 7 Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, 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.
- 1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche s'intendono: vedi elenco riportato nella tabella C) Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno).
- 2) Sono familiari di persone politicamente esposte: a) i genitori; b) il coniuge o la persona legata alla persona politicamente esposta in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; c) i figli e i loro coniugi; d) le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili.
- 3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: a) le persone fisiche che detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di affari; b) 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.
- 8 Si definisce Titolare Effettivo la persona o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.
- 9 Il Cumulo premi Capital, al momento della sottoscrizione della presente Proposta, è pari al solo Premio unico lordo.
- 10 Il Cumulo premi Plan viene determinato come segue:
- per i Piani con durata fino a 15 anni, si moltiplica la somma dei Premi ricorrenti lordi dovuti in un anno per gli anni di durata del Piano;
- per i Piani con durata oltre i 15 anni, si moltiplica la somma dei Premi ricorrenti lordi dovuti in un anno per 15.

11 Autocertificazione ai fini delle normative FATCA e CRS

La Foreign Account Tax Compliance (FATCA) è una legge degli Stati Uniti d'America che è destinata a contrastare l'evasione fiscale off-shore da parte di cittadini/residenti statunitensi ai fini fiscali. Le Autorità Irlandesi hanno concluso un accordo intergovernativo (IGA) con gli Stati Uniti il 21 dicembre 2012. L'IGA richiede la segnalazione automatica e lo scambio di informazioni su base annuale in relazione alle posizioni detenute presso istituti finanziari irlandesi da parte di persone fisiche e giuridiche statunitensi (definiti come residenti negli Stati Uniti ai fini fiscali o cittadini statunitensi). Tale disciplina è stata recepita dalla legislazione irlandese con la Sezione 891E (e relative norme di attuazione) del Taxes Consolidation Act del 1997.

Il Common Reporting Standard (CRS) è un nuovo standard globale per la condivisione di informazioni di posizioni finanziarie relative ai non residenti, destinato a contrastare l'evasione fiscale off-shore da parte di cittadini/residenti nei Paesi partecipanti. L'Irlanda, insieme ad oltre 90 giurisdizioni, si è impegnata al reciproco scambio di informazioni ai sensi del CRS, approvato dall'Organizzazione per la Coordinazione e Sviluppo Economico (OCSE) il 15 luglio 2014, al fine di garantire la segnalazione automatica e lo scambio di informazioni su base annua in relazione alle posizioni detenute presso istituti finanziari irlandesi da parte di persone fisiche e giuridiche non residenti. Tale disciplina è stata recepita dalla legislazione irlandese con le Sezioni 891F e 891G (e relative norme di attuazione) del Taxes Consolidation Act del 1997.

Secondo tale legislazione, il Contraente e i Titolari Effettivi devono dichiarare la propria residenza fiscale. Ogni Paese ha le sue norme per la definizione di residenza fiscale, per cui, per qualsiasi informazione sulla residenza fiscale, si prega di rivolgersi al proprio consulente fiscale locale o all'Autorità fiscale locale.

Ai sensi delle normative FATCA e CRS, Darta è definita come istituto finanziario. Pertanto, in ottemperanza delle citate Sezioni 891E, 891F e 891G e norme adottate in applicazione di tale legislazione, Darta è tenuta a raccogliere informazioni su ogni Contraente (e Titolare Effettivo) delle proprie polizze, al fine di identificare e classificare ciascuno di essi ai fini FATCA e CRS.

Se le informazioni richieste ai fini FATCA e CRS non sono fornite a Darta si potrebbero verificare ritardi nell'accettazione della Proposta.

Inoltre, nel caso le informazioni richieste non vengano fornite entro 90 giorni dalla richiesta delle stesse e il Contratto di assicurazione sia stato già perfezionato, Darta ha l'obbligo di considerare i soggetti di cui sopra "notificabili". In tal caso la Società provvederà a fornire tutte le informazioni riguardanti tali soggetti all'Autorità fiscale Irlandese che, a sua volta, notificherà gli stessi alle Autorità fiscali competenti.

Tutti i termini sono definiti nell'accordo tra il governo Irlandese e il governo degli Stati Uniti d'America per il miglioramento della conformità fiscale internazionale e per implementare la normativa FATCA; è possibile consultare copia dell'accordo sul sito web dell'Autorità fiscale Irlandese <http://www.revenue.ie> o all'indirizzo internet <http://www.revenue.ie/en/business/international/agreement-ireland-usa-compliance-fatca.pdf>.

I termini del CRS sono disponibili sul sito web dell'Autorità fiscale Irlandese <http://www.revenue.ie> o all'indirizzo internet <http://www.revenue.ie/en/business/aeoi/index.html> o al portale dedicato all'implementazione del CRS da parte dell'OCSE al seguente indirizzo internet <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/common-reporting-standard/>.

Se qualsiasi delle informazioni fornite in merito alla residenza a fini fiscali nel paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e/o alla cittadinanza residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA) dovesse cambiare in futuro, il Contraente garantisce che Darta verrà informata tempestivamente di tali modifiche. In caso di dubbio in riferimento al completamento della sezione "DICHIARAZIONE SUL TITOLARE EFFETTIVO e DICHIARAZIONE DELLA RESIDENZA AI FINI FISCALI", il Contraente è pregato di contattare l'intermediario per mezzo del quale il contratto è stato proposto o il proprio consulente fiscale, o di fare riferimento ai relativi siti web dell'Autorità fiscale Irlandese o dell'OCSE sopra riportati.

Lista dei documenti da fornire in caso di recapiti USA:

- 1) conferma scritta dell'intermediario che il Contraente sia o meno US person e
- 2) Modulo W-8BEN; e

3) altre evidenze documentali emesse da una autorità governativa comprovanti che il titolare non è un cittadino americano:

- Certificate of Loss of Nationality of the United States; **oppure**

- un passaporto non U.S.; **oppure**

- altre evidenze documentali emesse da una autorità governativa comprovanti che il titolare del rapporto ha cittadinanza in un Paese diverso dagli Stati Uniti, **oppure**

- evidenze documentali comprovanti che il titolare del rapporto non è residente negli Stati Uniti ai fini fiscali (e.g. certificato di residenza).

In riferimento alla normativa CRS, la Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione a supporto della dichiarazione CRS stessa.

12 **TIN:** Tax Identification Number è il codice identificativo fiscale (il corrispettivo del Codice Fiscale italiano).

Tabella A - Relazione del Beneficiario con il Contraente

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Madre/padre	06	Nonno/a	13	Cugino/a	18	Rapporti professionali fornitore
02	Marito/moglie	07	Zio/a	14	Fidanzato/a	19	Rapporti professionali cliente
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	08	Genero/nuora	15	Rapporti aziendali dipendente/datore di lavoro	20	Rapporti professionali distributore o partner
04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	16	Rapporti aziendali	21	Altro - da indicare in Proposta
05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	17	Rapporti aziendali socio o titolare effettivo		
		11	Nipote (di nonno/a)				
		12	Nipote (di zio/a)				

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 21 Altro: beneficienza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)

Tabella B - Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Soggetto stesso	07	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
02	Genitore di	08	Titolarietà effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
03	Coniuge diw	09	Soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
04	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con		
05	Figlio/a di		
06	Coniuge di figlio/a di		

Tabella C - Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	16	Giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
02	Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	17	Magistrato della Corte di Cassazione o carica analoga in stato estero
03	Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18	Magistrato della Corte dei Conti o carica analoga in stato estero
04	Vice-Ministro italiano o carica analoga in stato estero	19	Consigliere di Stato o carica analoga in stato estero
05	Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	20	Componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
06	Deputato italiano o carica analoga in stato estero	21	Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
07	Senatore italiano o carica analoga in stato estero	22	Ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
08	Parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero	23	Incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
09	Presidente di Regione o carica analoga in stato estero	24	Ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
10	Assessore regionale o carica analoga in stato estero	25	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo Stato italiano o estero
11	Consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	26	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di di impresa partecipata, in misura prevalente o totalitaria, dalla Regione, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
12	Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero	27	Direttore, Vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali
13	Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero		
14	Direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale		
15	Membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri		

Tabella D - Tipologia societaria

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Società o altro organismo quotato sui mercati regolamentati	08	Società detenuta da fiduciaria
02	Ufficio della pubblica amministrazione o istituzione/organismo che svolge funzioni pubbliche	09	Fondazione
03	Associazione	10	Non profit / struttura analoga - indicare in " Classe dei beneficiari" i soggetti che traggono beneficio dall'ente (es. area di applicazione dell'ente)
04	Cooperativa	11	Società per azioni
05	Condominio	12	Trust struttura analoga
06	Ente religioso/struttura analoga	13	Persona giuridica (ad eccezione delle voci precedenti) / ditta individuale
07	Fiduciaria		

ALLEGATO 1 - INFORMATIVA PRIVACY - INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Allianz Darta Saving, nome commerciale di Darta Saving Life Assurance dac (Darta), facente parte del Gruppo Allianz, è una compagnia assicurativa autorizzata ai sensi della legge Irlandese, che offre prodotti assicurativi e servizi su base transfrontaliera. La stessa opera attraverso accordi di distribuzione con società di investimento, broker assicurativi e banche.

La protezione della Sua privacy è una nostra priorità assoluta. In conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("Regolamento Privacy") la presente Informativa Privacy spiega in che modo e che tipo di dati personali saranno raccolti (tramite la rete di intermediari), perché sono raccolti e a chi verranno divulgati o comunicati.

Si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato.

1. Chi è il Titolare del Trattamento?

Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali; Allianz Darta Saving, con sede in Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, Ireland, telefono 00353 1 2422300; email dataprivacy@allianzdarta.ie, è il Titolare del Trattamento come definito dal Regolamento.

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?

Darta tratta (raccolge, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali del Contraente, dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) e dei Beneficiari, (di seguito ognuno di essi potrà essere identificato come "Soggetto Interessato") quali: il nome, indirizzo, sesso, data e luogo di nascita, numero di telefono, indirizzo e-mail, codice fiscale, dettagli del documento di identità e dati bancari (di seguito anche solo "Dati").

Darta può anche raccogliere e trattare "categorie particolari di dati personali" del Contraente o dell'Assicurato quali i risultati di esami diagnostici, informazioni prese da certificati di morte, ricerche su fonti pubbliche per ottenere prova di condanne penali o di cariche politiche.

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei Dati?

I dati personali forniti dal Soggetto Interessato o da altri soggetti autorizzati saranno trattati per le seguenti finalità:

Finalità	È richiesto il consenso espreso?	Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali?
3.A FINALITÀ ASSICURATIVE		
Adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e derivanti dal rapporto assicurativo con il Soggetto Interessato. Esecuzione del Contratto, compresa la valutazione del rischio, raccolta dei premi, prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché finalità connesse alla gestione e liquidazione dei sinistri, e liquidazione per altre cause. Gestione di richieste specifiche del Soggetto Interessato, nonché per la fornitura dei benefici connessi o accessori al Contratto.	Sì - Darta otterrà il consenso espreso solo per "particolari categorie di dati" quali dati riguardanti la salute del Contraente o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente), che saranno raccolti e trattati all'interno o all'esterno dell'Area Eco-nomica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.	Sì - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati preclude la conclusione, gestione ed esecuzione del Contratto.
3.B FINALITÀ AMMINISTRATIVE		
Espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali Darta è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.	No	Sì - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità preclude la conclusione, gestione ed esecuzione del Contratto.
3.C FINALITÀ DI LEGGE		
Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitaria o da un ordine delle competenti autorità nazionali ed altri organismi pubblici.	No	Sì - Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per finalità di legge. Il rifiuto di fornire i dati impedisce a Darta di assolvere gli obblighi previsti dalla legge.
3.D FINALITÀ DI MARKETING		
Espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo Allianz o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di Darta, nonché a prodotti e servizi del gruppo Allianz o società terze (partner commerciali di Darta) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).	Sì - Darta otterrà il consenso espreso del Contraente.	No - Il conferimento dei dati personali è facoltativo. In mancanza, l'Interessato non potrà ricevere comunicazioni commerciali, partecipare a ricerche di mercato, ricevere comunicazioni di marketing specifiche per il proprio profilo.
3.E FINALITÀ DI INVIO DI COMUNICAZIONI IN FORMATO ELETTRONICO		
Invio di documentazione pre-contrattuale, contrattuale ed in corso di rapporto attraverso mezzi di comunicazione in formato elettronico.	Sì - Darta otterrà il consenso espreso del Soggetto Interessato.	No - Il conferimento dei dati personali per l'invio di comunicazioni elettroniche è facoltativo. In mancanza, il Soggetto Interessato non potrà ricevere comunicazioni in formato elettronico.

Per le finalità sopraindicate laddove è indicato che Darta non richiede il consenso espreso del Soggetto Interessato, i dati personali saranno trattati in base ai legittimi interessi (cfr. i paragrafi 3.A & 3.B. sopra) e/o per adempiere alle obbligazioni di legge (cfr. par. 3.C. che precede).

In qualsiasi momento, il Soggetto Interessato potrà revocare i consensi eventualmente prestati ai sensi di quanto precede, rivolgendosi a Darta secondo le modalità di cui al paragrafo 9 della presente Informativa.

4. Con quali modalità sono raccolti e trattati i Dati?

Darta otterrà i dati personali direttamente dal Soggetto Interessato e/o dalle seguenti organizzazioni e persone fisiche: società appartenenti alla catena distributiva, medici, staff infermieristico ed ospedaliero, altre istituzioni mediche, case di cura, fondi assicurativi sanitari pubblici, associazioni professionali ed autorità pubbliche.

In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati per la conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficiente da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati. A tal fine, l'accesso ai database di Darta e ai registri sarà limitato: i) ai dipendenti di Darta espressamente individuati e autorizzati al trattamento; ii) a soggetti esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento facenti parte della catena assicurativa o a società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi come titolari del trattamento autonomi o come responsabili esterni del trattamento.

5. Chi avrà accesso ai Dati?

Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B, 3.C e 3.E della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di autonomi titolari del trattamento: autorità pubbliche ed organizzazioni, altri assicuratori coassicuratori e riassicuratori, consorzi e associazioni di categoria, broker assicurativi, banche, stock brokers e società di gestione patrimoniale.

Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B, 3.C e 3.E della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le nostre istruzioni: Società del gruppo Allianz, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa"; consulenti tecnici ed altri soggetti che forniscono servizi ausiliari per conto di Darta, quali, per esempio, consulenti legali, esperti e medici, agenzie di regolamento, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, consulenti di assistenza legale e centri di assistenza; cliniche convenzionate, società di archiviazione dati o fornitori di servizi IT; società di recapito posta, società di revisione e consulenti; società di informazione commerciale per l'analisi dei rischi finanziari; agenzie di controllo frodi; agenzie di recupero crediti.

Per le finalità di cui al paragrafo 3.D della presente Informativa, Dati del Contraente possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le istruzioni di Darta: Fornitori di servizi di pubblicità che inviano comunicazioni di marketing nel rispetto della normativa locale ed in conformità alle preferenze espresse dal Contraente.

Una lista aggiornata di tali enti può essere ottenuta gratuitamente da Darta (richiedendoli come descritto al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy).

6. Dove saranno trattati i Dati?

I dati personali potranno essere trattati sia all'interno che all'esterno della Area Economica Europea (EEA) dalle parti specificate nel paragrafo 5, sempre nel rispetto delle condizioni contrattuali concernenti la riservatezza e la sicurezza in conformità alle leggi e regolamenti applicabili in materia di protezione dati. Darta non comunicherà i dati personali a soggetti che non sono autorizzati al loro trattamento.

Ogni volta che Darta trasferisce dati personali per il trattamento effettuato fuori dalla EEA da un'altra società del Gruppo Allianz, lo farà sulla base delle norme societarie approvate e vincolanti di Allianz, conosciute come Allianz Privacy Standard (Allianz BCR), che prevedono una protezione adeguata dei dati personali e sono legalmente vincolanti per tutte le Società del Gruppo Allianz. Allianz BCR e la lista delle Società del Gruppo Allianz che rispettano tali norme è accessibile al seguente link www.allianzdarta.ie/modulistica. Laddove le Allianz BCR non si applicassero, il trasferimento dei dati personali fuori dalla EEA riceverà un livello di protezione adeguata come avviene all'interno della EEA. Per maggiori informazioni sulle garanzie adeguate per il trasferimento dei dati di cui sopra (ad esempio, Clausole Contrattuali Standard), potrà contattarci agli indirizzi di cui al paragrafo 9.

7. Per quanto tempo Darta trattiene i Dati?

I dati personali raccolti ai sensi dei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C, 3.D e 3.E della presente Informativa Privacy verranno conservati per un periodo pari alla durata del Contratto (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo ulteriore sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o resi anonimi.

8. Quali sono i diritti del Soggetto Interessato rispetto ai Dati?

Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il Soggetto Interessato ha il diritto di:

- Accedere ai dati personali detenuti sul suo conto e di conoscerne l'origine, le finalità, gli scopi del Trattamento, i dettagli del (dei) Titolare(i) del Trattamento il (i) responsabile (i) del Trattamento e le parti a cui i dati possono essere comunicati;
- Revocare il proprio consenso in ogni momento ove i dati siano trattati con il suo consenso; questo non include i casi in cui il trattamento sia necessario per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare del Trattamento o per svolgere un compito di interesse pubblico o è connesso con l'esercizio di pubblici poteri da parte del Titolare del Trattamento;
- Chiedere l'aggiornamento o la rettifica dei propri Dati per garantire l'accuratezza;
- Chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali in determinate circostanze;
- Ottenere la cancellazione dei suoi dati dal Titolare del Trattamento senza ingiustificato ritardo;
- Ottenere i suoi dati personali anche in formato elettronico per il suo uso personale o per un nuovo assicuratore; e
- Presentare un reclamo presso Darta e/o la competente autorità Garante di controllo ove ne sussistano i presupposti.

Il Soggetto Interessato può esercitare tali diritti contattando Darta come descritto nel paragrafo 9 della presente Informativa Privacy, fornendo i dettagli del suo nome, indirizzo e-mail, identificazione dell'account e lo scopo della sua richiesta. Il Soggetto Interessato può anche fare una richiesta di accesso completando il Modulo di Richiesta Accesso Dati disponibile al seguente link www.allianzdarta.ie/modulistica.

9. Come può essere contattata Darta?

Ogni domanda relativa alle modalità di utilizzo dei Dati personali o su come esercitare i diritti del Soggetto Interessato può essere rivolta al responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer), via telefono, via e-mail o all'indirizzo postale qui di seguito indicato:

Data Protection Officer

c/o Allianz Darta Saving
Maple House
Temple Road
Blackrock
Dublin
Ireland
Numero: 00353 1 2422300
e-mail: dataprivacy@allianzdarta.ie

10. Quanto spesso viene aggiornata questa Informativa Privacy?

Darta aggiorna regolarmente la presente Informativa Privacy. Darta garantirà che la versione più aggiornata di tale documento sia disponibile sul proprio sito web www.allianzdarta.ie e informerà direttamente i Soggetti Interessati di eventuali modifiche importanti che possano riguardarli o richiedere il loro consenso.

La presente Informativa è stata aggiornata in data 10.11.2021.