

# MODULO DI PROPOSTA

## DARTA PERIODICAL SOLUTION

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, 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 della proposta d'investimento collegata al prodotto.

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	
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> PROV	
SESSO <sup>1</sup>	COMUNE DI NASCITA		STATO DI NASCITA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA <sup>2</sup> /DELLA SEDE LEGALE <sup>2</sup>	N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA/SEDE LEGALE	PROV
STATO DI RESIDENZA/SEDE LEGALE	TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>		N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA
<input type="text"/> IN DATA	<input type="text"/> DATA DI SCADENZA	E-MAIL	<input type="text"/> 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			
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	PROV	STATO DI NASCITA
SESSO <sup>1</sup>	COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO DI RESIDENZA	N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV
TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	<input type="text"/> IN DATA	<input type="text"/> DATA DI SCADENZA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codice relazione tra l'Assicurato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A)</li> <li>• Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____</li> </ul>				

**SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA<sup>4</sup> 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	
<input type="text"/> DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	INDIRIZZO DI RESIDENZA	
SESSO <sup>1</sup>	COMUNE DI NASCITA			
N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV	STATO DI RESIDENZA
DOMICILIO IN VIA (se diverso da residenza)	N.	CAP	COMUNE	PROV
TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>	N. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	LUOGO DI RILASCIO	
<input type="text"/> IN DATA	<input type="text"/> DATA DI SCADENZA			

RELAZIONE TRA SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA E CONTRAENTE:  Familiare  Altro (specificare) \_\_\_\_\_ È una persona politicamente esposta<sup>7</sup> (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)

## PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

**SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA<sup>4</sup> N.2 (in caso di firme congiunte)**

COGNOME E NOME <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		CODICE FISCALE (sempre richiesto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>	
DATA DI NASCITA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SESSO <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	
N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>		PROV <input type="text"/> STATO DI RESIDENZA <input type="text"/>
DOMICILIO IN VIA (se diverso da residenza) <input type="text"/>			N. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>	COMUNE <input type="text"/> PROV <input type="text"/>
TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		N. DOCUMENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	RILASCIATO DA <input type="text"/>	LUOGO DI RILASCIO <input type="text"/>
IN DATA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATA DI SCADENZA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
RELAZIONE TRA SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA E CONTRAENTE: <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____				
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta <sup>7</sup> (PEP) <input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta				
Se è PEP indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)</li> <li>• Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)</li> </ul>				

**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 CORRISPONDENTE<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_**PRIMO BENEFICIARIO**

COGNOME E NOME <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		% <input type="text"/>	CODICE FISCALE (sempre richiesto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PARTITA IVA <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>
DATA DI NASCITA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SESSO <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	INDIRIZZO DI RESIDENZA <input type="text"/>	
N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>		PROV <input type="text"/> STATO DI RESIDENZA <input type="text"/>	
(legenda-tabella D) CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA <input type="text"/>		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) <input type="text"/>		DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta <sup>7</sup> (PEP) <input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta		• Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A) Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____			
(per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo <sup>8</sup> è PEP)					
Se è PEP indicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____</li> <li>• Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (legenda-tabella B)</li> <li>• Codice tipologia PEP: _____ (legenda-tabella C)</li> </ul>					
(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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		% <input type="text"/>	CODICE FISCALE (sempre richiesto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PARTITA IVA <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>
DATA DI NASCITA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		SESSO <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	INDIRIZZO DI RESIDENZA <input type="text"/>	
N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>		PROV <input type="text"/> STATO DI RESIDENZA <input type="text"/>	
(legenda-tabella D) CODICE TIPOLOGIA SOCIETARIA <input type="text"/>		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10) <input type="text"/>		DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta <sup>7</sup> (PEP) <input type="checkbox"/> NON è una persona politicamente esposta		• Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: _____ (legenda-tabella A) Se Legame "Altro" (cod.21) dettagliare la relazione: _____			
(per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo <sup>8</sup> è PEP)					

# PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SESSO <sup>1</sup>	COMUNE DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA
-----------------	---	--------------------	-------------------	------------------------

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

(legenda-tabella D)		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA
---------------------	--	--	---------------------------------

<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta <sup>7</sup> (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 effettivo<sup>8</sup> 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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SESSO <sup>1</sup>	COMUNE DI NASCITA	INDIRIZZO DI RESIDENZA
-----------------	---	--------------------	-------------------	------------------------

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

(legenda-tabella D)		CLASSE DEI BENEFICIARI (se codice tipologia societaria = 10)	DESCRIZIONE ATTIVITÀ SOCIETARIA
---------------------	--	--	---------------------------------

<input type="checkbox"/> È una persona politicamente esposta <sup>7</sup> (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 effettivo<sup>8</sup> 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 <sup>9</sup>	N.	CAP	COMUNE	PROV	STATO
------------------------	----	-----	--------	------	-------

## PREMIO UNICO LORDO (importo minimo 50.000,00 Euro)

TOTALE COMPLESSIVO LORDO VERSATO (sono ammessi altresì multipli di 50.000,00 Euro) \_\_\_\_\_ (Euro)

## DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO C/C \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

BANCA

SWIFT/BIC

IBAN

**IL CONTO CORRENTE È COINTESTATO:**  Sì  No

(In caso di conto cointestato dovrà essere compilata la sezione "INFORMAZIONI SUL COINTESTATARIO DEL CONTO")

**MODALITÀ PAGAMENTO** **Bonifico bancario** (Esclusivamente per la versione CAPITAL):

il pagamento andrà effettuato a favore di DARTA Saving Life Assurance dac sul c/c estero aperto presso Allied Irish Banks Plc, 7-12 Dame Street, Dublin 2, Ireland IBAN IE73 AIBK 9320 8652 7560 62 - BIC AIBKIE2D, indicando nella causale il numero della presente Proposta.

 **Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.**

Il riferimento di Mandato coincide con il numero della presente proposta di polizza

Creditore: Darta Saving Life Assurance dac, Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, Irlanda

Codice identificativo del creditore: IE05SDD360491

Tipo di pagamento: **singolo**

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Darta a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Darta. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. In tal caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto (\*).

(\*) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

LUOGO

DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE (O SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)  
per autorizzazione Mandato addebito diretto SEPA - S.D.D.**CARATTERISTICHE DELL'INVESTIMENTO****Fondo di destinazione: ALLIANZGI DMAS SRI 50 (codice Fondo AD49)****Il Premio Unico Lordo è investito, al netto dei caricamenti, unicamente nel Fondo Interno  
ALLIANZGI DMAS SRI 50.**

Il Contratto prevede delle Prestazioni Periodiche Ricorrenti pagabili con frequenza trimestrale dalla data di decorrenza del Contratto stesso. L'importo di ciascun pagamento è pari al Premio diviso 100, per come descritto dall'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente dichiara di sottoscrivere la proposta in esercizio di attività commerciale:  Sì  No**CARICAMENTI GRAVANTI  
SUL PREMIO UNICO LORDO****Caricamento: 3%** **altro: \_\_\_\_\_ %**

(sono ammessi solo valori interi; NON decimali)

LUOGO

DATA

IL CONTRAENTE (O SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)

**DICHIARAZIONI****Il Contraente:**

- dichiara di essere stato informato che Darta Periodical Solution è un prodotto di tipo complesso;
- dichiara di aver ricevuto, anteriormente alla sottoscrizione del presente modulo di proposta, il Set informativo del prodotto Darta Periodical Solution edizione febbraio 2026 composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), 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. Dichiara inoltre di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione del presente Modulo, per prendere visione e comprendere i contenuti dei suddetti documenti;
- dichiara di aver preso visione, anteriormente alla sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, dell'informativa sulla Privacy ad esso allegata e, se almeno un beneficiario/referente terzo è nominativo, si impegna a fornire tale informativa 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 veritieri ed esatte; dichiara altresì di non aver tacito, omesso 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;
- dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, di godere di buona salute;
- dichiara di essere a conoscenza del fatto che le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti, rese dallo stesso circa il proprio stato di salute possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- 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 e dichiara di aver ricevuto le informazioni sull'esercizio del diritto all'oblio oncologico ai sensi della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 e relativi decreti attuativi e di essere stato informato che non è tenuta a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui 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.

LUOGO

DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE

(o soggetto/i munito/i dei poteri di firma)

FIRMA DELL'ASSICURATO

(se persona diversa dal Contraente)

# PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

Il Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 nonché 1469 bis e seguenti del Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1 Qual è l'Obgetto del tuo Contratto? [1.3]; 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 Devo pagare un premio minimo? In che modo? [11.1]; Art. 14 Quante quote posseggo? A quanto ammonta il loro valore? [14.3, 14.4]; Art. 15 La valorizzazione delle quote del Fondo interno può essere sospesa? [15.1, 15.2, 15.3, 15.4]; Art. 16 Posso chiedere il Riscatto? A quali condizioni? [16.1]; Art. 17 -Cosa ottengo in caso di Riscatto totale? [17.1, 17.2, 17.3, 17.4]; Art. 18 Posso richiedere il riscatto parziale? [18.1]; Art. 19 Sono previsti costi in caso di riscatto? [19.1]; Art. 21 Quando termina il Piano? [21.1]; Art. 22 Posso richiedere il trasferimento tra fondi disponibili (Switch a richiesta)? In che modo? [22.1]; Art. 24 Sono attivabili coperture opzionali? In che modo? [24.2, 24.3]; Art. 25 Quali sono le condizioni per l'attivazione della copertura opzionale? [25.1]; Art. 26 Quando si attiva la copertura opzionale? Può essere interrotta? [26.2, 26.3, 26.4]; Art. 27 In cosa consiste il Premio dell'opzione "Con Protezione Smart"? [27.1, 27.2]; Art. 29 Quali sono le Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato? [29.2]; Art. 30 Sono previste garanzie? [30.1]; Art. 31 Quali sono le Limitazioni alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato? [31.1, 31.2]; Art. 32 Cosa prevede la copertura "Con Protezione Smart"? [32.2]; Art. 33 Quali sono i Costi del Contratto? [33.1, 33.2, 33.3]; Art. 34 Come e quando posso designare e/o revocare i Beneficiari in caso di morte? [34.2, 34.4, 34.5, 34.6]; Art. 35 Ci sono disposizioni particolari nel caso il Contraente sia una persona giuridica o una società fiduciaria? [35.1, 35.2]; Art. 37 Come e quando la Società effettua i pagamenti? [37.1]; Art. 38 La Società può apportare modifiche al Contratto? [38.1]; Art. 39 La Società può modificare il Regolamento del Fondo interno? [39.1, 39.3]; Art. 44 A carico di chi sono le tasse e le imposte? [44.1]; Art. 45 Quali sono la Legge applicabile e il foro competente? [45.1]; Art. 48 La Società invia le Comunicazioni cartacee con raccomandata? [48.1, 48.2]; Art. 49 Cosa devo fare in caso di modifica della mia posizione anagrafica? [49.1, 49.2, 49.3, 49.4]; Art. 50 Quali sono le regole generali per la trasmissione dei documenti? [50.1, 50.2, 50.3, 50.4]; Art. 51 Quali sono i documenti richiesti dalla Società? [51.1, 51.2, 51.3, 51.4, 51.5, 51.6].

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 del Fondo interno ALLIANZGI DMAS SRI 50 -AD49, 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 alcunché 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)

Datta 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 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 FISCALI<sup>9</sup>

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")<sup>10</sup>

- **Paese:** \_\_\_\_\_  
nonché nel/i seguente/i eventuale/i ulteriore/i Paese/i:  
• Paese: \_\_\_\_\_  
• Paese: \_\_\_\_\_

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

TIN: \_\_\_\_\_

TIN: \_\_\_\_\_

TIN: \_\_\_\_\_

- 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 veritieri 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 antiriciclaggio 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,

# PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

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 esposta<sup>7</sup> (PEP)

NON è una persona politicamente esposta

(per Contraente persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>8</sup> 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 COINTERSTATARIO DEL CONTO (se presente)

Nome _____	Cognome _____
------------	---------------

Data di Nascita <input type="text"/>	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 <input type="text"/>	Data di scadenza <input type="text"/>
----------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

È una persona politicamente esposta<sup>7</sup> (PEP)

NON è una persona politicamente esposta

(per Cointestatario del conto persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>8</sup> 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)

# PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

## INFORMAZIONI SULLA OPERAZIONE

Scopo dell'operazione \_\_\_\_\_

Origine prevalente dei fondi:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro (dipendente o autonomo)<br><input type="checkbox"/> Vendita di beni immobili<br><input type="checkbox"/> Eredità/donazioni<br><input type="checkbox"/> Smobilizzo valori mobiliari | <input type="checkbox"/> Pensione: indicare l'ultima attività svolta _____<br><input type="checkbox"/> Rientro di capitali dall'estero/ scudo fiscale<br><input type="checkbox"/> Vincita<br><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  **Contraente**  **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

- 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.
- di agire per conto dei titolari effettivi di seguito identificati:

## TITOLARE EFFETTIVO\*

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:  Carta di identità  Passaporto N° documento \_\_\_\_\_

Autorità di rilascio	Luogo di rilascio	Data di rilascio <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	Data di scadenza <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>
----------------------	-------------------	--	--

Relazione tra Contraente e Titolare effettivo:  Familiare  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

È una persona politicamente esposta<sup>7</sup> (PEP)

NON è una persona politicamente esposta

(per Titolare effettivo persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>8</sup> 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 trattenere 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 pubbliche 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 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 ai 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 "DICHIAZARONE SUL TITOLARE EFFETTIVO E DICHIARAZIONE DELLA RESIDENZA AI FINI FISCALE", 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.

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

# PROPOSTA DI POLIZZA

N. 07

**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	10	Suocero/suocera	16	Rapporti aziendali
05	Figlio/a	11	Nipote (di nonno/a)	12	Nipote (di zio/a)	17	Rapporti aziendali socio o titolare effettivo

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 21 Altro: beneficenza, 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	Titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
03	Coniuge di	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 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 dagli art. 13 e 14 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 (raccoglie, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali del Contraente, dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) e, se designati nominativamente, dei Beneficiari e del referente terzo (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.<sup>1</sup>

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

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

<b>Finalità</b>	<b>È richiesto il consenso espresso?</b>	<b>Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali?</b>
<b>3.A FINALITÀ ASSICURATIVE</b>		
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 espresso 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 Economica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.	Si - 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.
<b>3.B FINALITÀ AMMINISTRATIVE</b>		
Espletamento di attività amministrativo - contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali Darla è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.	No	Si - 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.
<b>3.C FINALITÀ DI LEGGE</b>		
Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitario o da un ordine delle competenti autorità nazionali ed altri organismi pubblici. <sup>(1)</sup>	No	Si - Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per finalità di legge. Il rifiuto di fornire i dati impedisce o Darlo di assolvere gli obblighi previsti dalla legge.
<b>3.D FINALITÀ DI MARKETING<sup>2</sup></b>		
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 Darla, 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 espresso 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.
<b>3.E FINALITÀ DI INVIO DI COMUNICAZIONI IN FORMATO ELETTRONICO</b>		
Invio di documentazione pre-contrattuale, contrattuale ed in corso di rapporto attraverso mezzi di comunicazione in formato elettronico.	Sì - Darta otterrà il consenso espresso 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 espresso 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 Privacy eventualmente prestati ai sensi di quanto precede rivolgendosi a Darta secondo le modalità di cui al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy.

<sup>1</sup> Per quanto riguarda i dati medici, la legge n. 193/2023 ha introdotto il diritto all'oblio oncologico, che garantisce alle persone guarite da malattie oncologiche il diritto di non fornire informazioni e di non essere indagate in relazione alle loro precedenti condizioni di salute nei casi previsti dalla legge stessa e dai relativi decreti attuativi.

<sup>2</sup> Tale finalità si riferisce esclusivamente al Contraente. Non si riferisce ai dati dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente), del Beneficiario e di eventuali referenti terzi da cui non e' raccolto uno specifico consenso.

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

Darta otterrà dati personali 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 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 – appositamente nominati ai sensi dell'art. 28 GDPR – 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 Privacy o providers 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 Privacy, 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 di Assicurazioni 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 vincolanti per tutte le Società del Gruppo Allianz. Le Allianz BCR e la lista delle Società del Gruppo Allianz che rispettano tali norme sono accessibili facendone richiesta come descritto al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy. 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 (dieci) anni successivi al termine, risuzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile. Tratteremo i dati personali solo per le finalità per cui sono stati raccolti. 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 conoscere l'origine di quei dati, 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 sono trattati con il suo consenso, questo non include i casi in cui il trattamento sia necessario per adempiere ad un obbligo di legge del 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;
- Chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali in determinate circostanze;
- Ottenerne la cancellazione dei suoi dati dal Titolare del Trattamento senza ingiustificato ritardo;
- Ottenerne i propri dati personali, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, per il suo uso personale o per la trasmissione ad un altro titolare del trattamento (ad es. un altro assicuratore) (c.d. "portabilità");
- Presentare un reclamo presso Darta e/o la competente autorità Garante di controllo (ai sensi dell'art. 77 del GDPR) ove ne sussistano i presupposti, nonché ricorrere agli altri mezzi di tutela previsti dalla normativa applicabile.

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, 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/](http://www.allianzdarta.ie/modulistica/).

**9. Come può essere contattata Darta?**

Ogni domanda su come sono utilizzati i Dati personali o su come esercitare i diritti 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 sia disponibile sul sito web della stessa [www.allianzdarta.ie](http://www.allianzdarta.ie) e informerà direttamente il Soggetto Interessato di eventuali modifiche importanti che possano riguardare direttamente il Soggetto Interessato o richiedere il suo consenso all' Informativa Privacy.

La presente Informativa Privacy è stata aggiornata in data 16/02/2026.

# Facsimile