

MODULO DI RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI BENEFICIO

Il sottoscritto _____ in qualità di **contraente** della polizza _____,
 dichiara la propria volontà di attribuire il beneficio "in caso di morte" a favore di _____.

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE

Dati identificativi del CONTRAENTE	
Cognome e Nome _____	
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Luogo e data di nascita _____ () ____/____/____	
Nazionalità _____	
Cittadinanza (1) _____ Cittadinanza (2) _____	
Indirizzo di residenza _____	
Comune _____	Prov. ____ C.A.P. ____
Paese _____	
Domicilio (se diverso da Residenza) _____	
Comune _____	Prov. ____ C.A.P. ____
Paese _____	
Documento d'identità _____	N° _____
Rilasciato da _____	il ____/____/____ Scadenza ____/____/____
Persona politicamente esposta si ☐ no ☐ In caso affermativo indicare:	
Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Tab. A): _____ Codice tipologia PEP (Tab. B): _____	

Dati essenziali ai fini della due diligence Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) *

Seconda cittadinanza _____	Numero Green Card _____
Data rilascio Green card ____/____/____	Data scadenza Green Card ____/____/____
Emigrato permanente in U.S.A. ma non cittadino americano ☐ NO / ☐ SI	
Vissuto continuativamente in U.S.A. per più di 183 giorni nell'ultimo anno ☐ NO / ☐ SI	

* Accordo intergovernativo, operativo a partire dal 1° luglio 2014, volto a contrastare l'evasione fiscale realizzata da cittadini e residenti statunitensi mediante conti intrattenuti presso istituzioni finanziarie italiane

(Allegare alla presente copia fronte/retro e leggibile di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale)

Ulteriori informazioni relative al contraente

Provenienza dei fondi: ☐ Reddito proprio ☐ Risparmio ☐ Eredità ☐ Altro _____			
Professione:			
☐ Dipendente	☐ Lavoratore autonomo	☐ Dirigente/Soggetto Apicale (membri Cda, Dir. Generali, ecc)	
☐ Imprenditore	☐ Libero professionista	☐ Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)	
☐ Pensionato			
Ambito attività: ____ ____ (vedere Legenda codice TAE)			
Descrizione attività: _____			
Nazione di svolgimento attività: _____			
Fascia di Reddito annuo			
☐ da € 0 a € 2.500	☐ da € 2.501 a € 20.000	☐ da € 20.001 a € 50.000	
☐ da € 50.001 a € 100.000	☐ da € 100.001 a € 500.000	☐ da € 500.001 a € 2.000.000	
☐ da € 2.000.001 a € 10.000.000	☐ superiore a 10.000.0001		

RELAZIONE INTERCORRENTE TRA CONTRAENTE E BENEFICIARIO

(Fornire chiara ed esauritiva specifica del rapporto esistente tra il contraente e il beneficiario designato)



DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

Da compilare se il nuovo beneficiario in caso di morte sarà diverso dalla successione legittima.

Dati identificativi del BENEFICIARIO	
Cognome e Nome _____	
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Luogo e data di nascita _____ () ____/____/____	
Nazionalità _____	
Cittadinanza (1) _____ Cittadinanza (2) _____	
Indirizzo di residenza _____	
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. ____	
Paese _____	
Domicilio (se diverso da Residenza) _____	
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. ____	
Paese _____	
Documento d'identità _____ N° _____	
Rilasciato da _____ il ____/____/____ Scadenza ____/____/____	
Persona politicamente esposta si ☐ no ☐ In caso affermativo indicare:	
Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Tab. A): _____ Codice tipologia PEP (Tab. B): _____	
Dati essenziali ai fini della due diligence Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) *	
Seconda cittadinanza _____ Numero Green Card _____	
Data rilascio Green card ____/____/____ Data scadenza Green Card ____/____/____	
Emigrato permanente in U.S.A. ma non cittadino americano ☐ NO / ☐ SI	
Vissuto continuativamente in U.S.A. per più di 183 giorni nell'ultimo anno ☐ NO / ☐ SI	
* Accordo intergovernativo, operativo a partire dal 1° luglio 2014, volto a contrastare l'evasione fiscale realizzata da cittadini e residenti statunitensi mediante conti intrattenuti presso istituzioni finanziarie italiane	

(Allegare alla presente copia fronte/retro e leggibile di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale)

Ulteriori informazioni relative al BENEFICIARIO	
Professione:	
☐ Dipendente	☐ Lavoratore autonomo
☐ Imprenditore	☐ Libero professionista
☐ Pensionato	☐ Dirigente/Soggetto Apicale (membri Cda, Dir. Generali, ecc)
☐ Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)	
Ambito attività: ____ ____ (vedere Legenda codice TAE)	
Descrizione attività: _____	
Nazione di svolgimento attività: _____	
Fascia di Reddito annuo	
☐ da € 0 a € 2.500	☐ da € 2.501 a € 20.000
☐ da € 50.001 a € 100.000	☐ da € 100.001 a € 500.000
☐ da € 2.000.001 a € 10.000.000	☐ da € 20.001 a € 50.000
	☐ da € 500.001 a € 2.000.000
	☐ superiore a 10.000.0001

RAGIONE DELL'OPERAZIONE

(Fornire chiara ed esaustiva specifica della motivazione della variazione richiesta)

FIRME

_____	_____	_____
Luogo e Data	Firma Cedente	Firma Beneficiario



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Il/la sottoscritto/a _____, presa visione dell'informativa allegata, garantendo l'osservanza degli obblighi per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, con riferimento:

☐ **CONSENTE** ☐ **NON CONSENTE**

al trattamento dei dati personali anche relativi allo stato di salute **per le finalità relative all'attività assicurativa/liquidativa**, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti degli stessi dati (anche sanitari) sempre per le medesime finalità, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso. In caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale.

Luogo e data/...../..... Firma Contraente

1. Finalità del trattamento dei dati. Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la MONUMENT è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della MONUMENT stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

2. Modalità del trattamento dei dati. Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Società di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

3. Conferimento dei dati. Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

4. Rifiuto di conferimento dei dati. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri; b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

5. Comunicazione dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Società di servizi informatici, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni);
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

6. Diffusione dei dati. I dati personali non sono soggetti a diffusione.**7. Trasferimento dei dati all'estero.** I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea.**8. Diritti dell'interessato**

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la MONUMENT Assurance S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo. Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Viale Monza, 265, 20126 Milano, tel 02.99292100 fax. 02.99292121, indirizzo mail: italia@monumentassurance.it.

