

# Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



## Liquidazione per Scadenza

Liquidazione per scadenza

Liquidazione per rendita vitalizia o rendita d'opzione

*Luogo e Data*

*Firma Contraente / Esecutore*



## Dati Contraente (1/3)

Cognome Nome Sesso F M

Nato/a il

Città di Nascita

Nazionalità

Codice Fiscale



Paese di cittadinanza

1.

2.

3.



Paese di residenza fiscale

1.

2.

3.

Indirizzo di residenza Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")



Indirizzo postale\* Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")



Indirizzo di domicilio abituale\* Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

\* se diverso dall'indirizzo di residenza

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti anticiclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. n.90/2017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Contraente (2/3)

**Tipo di documento** Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi Tessera Postale Altro

**Numero**

**Data di rilascio**

**Data scadenza**

**Luogo e Autorità di Rilascio**

**Numero di telefono**

**Indirizzo email**

**?** **PEP\*** SI NO **Descrizione PEP**

\* Persone Politicamente Esposte

**Stato civile** Coniugato Divorziato Celibe / Nubile Vedovo PACS **?**

**Professione Cod.**

(tabella 1 "Tabelle e Glossario FATCA")

**Data inizio attività lavorativa**

**Data assunzione ultima attività professionale svolta**

**?** **Situazione professionale**

**Nome della Società in cui lavora**

**?** **Settore della Società in cui lavora**

**Città in cui lavora**

**Provincia**

**Nazione in cui lavora**

**Se PENSIONATO precedente attività svolta** (tabella 1 "Tabelle e Glossario FATCA")

**Principale Fonte di reddito:**

Stipendio Pensione Attività professionale Rendita Altro

**Altra Fonte di reddito - Data inizio:**

Stipendio Pensione Attività professionale Rendita Altro

**Reddito annuo lordo totale in Euro:**

**?** **Situazione finanziaria/patrimoniale in Euro:**

0 - 50.000 50.000 - 300.000 300.000 -500.000 500.000 - 1.000.000 oltre 1.000.000

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Contraente (3/3)

#### RIPARTIZIONE DEL PATRIMONIO

% investita in immobili

% investita in assicurazioni vita

% investita nel settore mobiliare

**Operatività finanziaria con l'estero**

NO

SI PAESE UE

SI,PAESE EXTRA UE

**Stato Estero operatività (Extra UE)**


**Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero** (diverso da USA e ITALIA)    SI    NO



**Ricopre o ha ricoperto la carica di Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio**

SI

NO

Se SI specificare:

Vigili del Fuoco

INPS

Direz.Prov. del Lav.

INAIL

IVASS

COVIP

CONSOB

Banca d'Italia

GdF

Polizia

Carabinieri

AdE

Garante protez. dati

Camera Commercio Milano

Arbitro bancario e Finanz.

Magistratura/Procura/Organi giudiziari in generale

Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato

Altro

(specificare:)

*Luogo e data*

*Firma del Contraente*

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Assicurato (se diverso dal Contraente) - (1/2)

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
----------------	-------------	--------------	----------	----------

<b>Nato/a il</b>	<b>Città di Nascita</b>	<b>Nazionalità</b>
------------------	-------------------------	--------------------

**Codice Fiscale**

**?** **Paese di cittadinanza**

- 1.
- 2.
- 3.

**?** **Paese di residenza fiscale**

- 1.
- 2.
- 3.

<b>Indirizzo di residenza</b>	Via/Piazza	Città	Prov.	CAP
-------------------------------	------------	-------	-------	-----

**Stato** ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

**?** **Indirizzo di domicilio abituale\*** Via/Piazza

	Città	Prov.	CAP
--	-------	-------	-----

**Stato** ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

\*se diverso dall'indirizzo di residenza

**Tipo di documento** Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi Tessera Postale Altro

**Numero**

<b>Data di rilascio</b>	<b>Data scadenza</b>
-------------------------	----------------------

**Luogo e Autorità di Rilascio**

<b>Numero di telefono</b>	<b>Indirizzo email</b>
---------------------------	------------------------

**?** **PEP\*** SI NO **Descrizione PEP**

\*Persone Politicamente Esposte

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Assicurato (se diverso dal Contraente) - (2/2)

#### Legame con il contraente

Appartenenza al nucleo familiare      Altro rapporto parentale o di convivenza      (specificare):

Tutore      Curatore fallimentare      Legame affettivo

Genitore      Curatore      Amministratore di sostegno      Rapporto d'affari

Titolarità ditta individuale      Altro      (specificare):

#### ? Ricopre o ha ricoperto la carica di **Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio**

SI      NO      Se SI specificare:

Vigili del Fuoco      INPS      Direz.Prov. del Lav.      INAIL      IVASS      COVIP

CONSOB      Banca d'Italia      GdF      Polizia      Carabinieri      AdE      Garante protez. dati

Camera Commercio Milano      Arbitro bancario e Finanz.      Magistratura/Procura/Organi giudiziari in generale

Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato      Altro      (specificare):

**Luogo e data**

**Firma dell'Assicurato**



### Dati Avente Diritto titolare del conto corrente (persona fisica) - (1/3)

**Assicurato**

**? Indirizzo postale** Via/Piazza      Città      Prov.      CAP

**Stato** ITALIA      ALTRO      (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

**? Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero** (diverso da USA e ITALIA)      SI      NO

**Beneficiario Caso Vita**

compilare la sezione nella pagina successiva

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti anticiclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Avente Diritto titolare del conto corrente (persona fisica) - (2/3)

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Nato/a il</b>	<b>Città di Nascita</b>	<b>Nazionalità</b>		
<b>Codice Fiscale</b>				
<b>Paese di cittadinanza</b>	1. 2. 3.			
<b>Paese di residenza fiscale</b>	1. 2. 3.			
<b>Indirizzo di residenza</b>	Via/Piazza	Città	Prov.	CAP
<b>Stato</b>	ITALIA ALTRO	<small>(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")</small>		
<b>Indirizzo postale*</b>	Via/Piazza	Città	Prov.	CAP
<b>Stato</b>	ITALIA ALTRO	<small>(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")</small>		
<small>*se diverso dall'indirizzo di residenza</small>				
<b>Tipo di documento</b>	Carta d'identità	Patente di guida	Passaporto	Porto d'armi
	Tessera Postale	Altro		
<b>Numero</b>				
<b>Data di rilascio</b>		<b>Data scadenza</b>		
<b>Luogo e Autorità di Rilascio</b>				
<b>Numero di telefono</b>		<b>Indirizzo email</b>		
<b>PEP*</b>	SI NO	<b>Descrizione PEP</b>		
<small>*Persone Politicamente Esposte</small>				
<b>Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero</b>	(diverso da USA e ITALIA)	SI	NO	



## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Avente Diritto titolare del conto corrente (persona fisica) - (3/3)

#### Legame con il Contraente

Appartenenza al nucleo familiare      Altro rapporto parentale o di convivenza (specificare):  
 Tutore      Curatore fallimentare      Legame affettivo

Genitore      Amministratore di sostegno      Rapporto d'affari      Titolarità ditta individuale

Altro (specificare):



#### Ricopre o ha ricoperto la carica di Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio

SI      NO      Se SI specificare:

Vigili del Fuoco      INPS      Direz.Prov. del Lav.      INAIL      IVASS      COVIP

CONSOB      Banca d'Italia      GdF      Polizia      Carabinieri      AdE      Garante protez. dati

Camera Commercio Milano      Arbitro bancario e Finanz.      Magistratura/Procura/Organi giudiziari in generale

Autorità Garante della Concorrenza e del mercato      Altro (specificare:)

**Luogo e data**

**Firma dell'Avente diritto**

\_\_\_\_\_



### Dati Avente Diritto titolare del conto corrente (persona giuridica) - (1/2)

**Ragione Sociale**

**Codice Fiscale/Partita IVA**



**Forma giuridica Cod.** (tabella 2 "Tabelle e Glossario FATCA")

**Data Costituzione**

**Finalità della costituzione**



**Luogo di costituzione della Società**

**Sede Legale** Via/Piazza      Città      Prov. CAP

**Stato** ITALIA ALTRO (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/21017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Avente Diritto titolare del conto corrente (persona giuridica) - (2/2)

**?** **Indirizzo postale \*** Città Prov. CAP

**Stato** ITALIA  ALTRO  (tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

\*se diverso dalla Sede legale

**Numero di telefono** **Indirizzo email**

**?** **Codice ATECO** **Codice SAE** **?**

**Società quotata?**  SI  NO Se SI, in quale Paese

**?** **Società quotata in un Paese «White List»?**  SI  NO

**?** **Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero**  SI  NO  
(diverso da USA e ITALIA)

**Legame con il contraente**

Legale Rappresentante	Titolarità Ditta individuale	Socio diretto	Socio coobbligato
Amministratore	Membro del CDA	Membro Organismi di vigilanza	Dipendente
Rapporto d'affari	Senior managing officials	Trustee	Rapporto lavorativo/professionale
Rapporto commerciale	Rapporto societario	Rapporto societario	Mandato fiduciario
Altro <input type="checkbox"/> (specificare):			

**Luogo e Data**

**Timbro e Firma dell'Avente Diritto**

---



## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Titolare effettivo del Beneficiario (persona giuridica)

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Sesso</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Nato/a il</b>	<b>Città di nascita</b>	<b>Nazionalità</b>		
<b>Codice Fiscale</b>				
<b>?</b> <b>Paese di cittadinanza</b>	1. 2. 3.			
<b>Indirizzo di residenza</b>	Via/Piazza	Città	Prov.	CAP
<b>Stato</b>	ITALIA	ALTRO	<small>(vedi tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")</small>	
<b>Numero di telefono</b>				
<b>?</b> <b>PEP*</b>	SI	NO	<b>Descrizione PEP</b>	

\*Persone Politicamente Esposte

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti anticiclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/21017

Numero polizza: /

Codice prodotto:



### Dati Esecutore (se diverso dall'Avente Diritto) ?

<b>Descrizione</b>	Legale rappresentante	Procuratore	Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		<b>Sesso</b> <b>F</b> <b>M</b>
<b>Nato/a il</b>	<b>Città di Nascita</b>	<b>Nazionalità</b>	
<b>Codice Fiscale</b>			
? <b>Paese di cittadinanza</b>		1.	
		2.	
		3.	
<b>Indirizzo di residenza</b>		Via/Piazza	Città      Prov.    CAP
<b>Stato</b>	ITALIA    ALTRO	<small>(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")</small>	
<b>Tipo di documento</b>	Carta d'Identità	Patente di Guida	Passaporto    Porto d'armi    Tessera Postale    Altro
<b>Numero</b>			
<b>Data di rilascio</b>		<b>Data scadenza</b>	
<b>Luogo e Autorità di Rilascio</b>			
<b>Numero di telefono</b>			
? <b>PEP*</b> SI      NO		<b>Descrizione PEP</b>	
<small>*Persone Politicamente Esposte</small>			
<b>Legame con il Contraente</b>			
Appartenenza al nucleo familiare		Altro rapporto di parentela/convivenza	(specificare):
		Tutore	Curatore fallimentare    Legame affettivo
Genitore	Amministratore di sostegno	Rapporto d'affari	Titolarità ditta individuale
Altro	(specificare):		

**Luogo e Data**

**Firma dell'Esecutore**

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dichiarazione del Richiedente - (1/2)

Il "Richiedente" con la sottoscrizione della presente "Richiesta di liquidazione", dichiara e/o approva quanto segue:

1. di essere titolato a richiedere la liquidazione come da risultanze contrattuali e che non sono intervenute nel frattempo modifiche dispositive del contratto non a conoscenza della Società;
2. di riconoscere il proprio onere a fornire alla Società la documentazione occorrente affinché la Società stessa possa verificare sia il diritto che la titolarità relativi alla liquidazione richiesta;
3. che l'ammontare della prestazione da liquidare verrà determinato in base all'evento/causale della presente "Richiesta" nonché ai premi versati e/o dovuti alla Società, come da condizioni/disposizioni contrattuali e per gli effetti previsti nel contratto medesimo, con restituzione separata da parte della Compagnia delle eventuali rate di premio versate e non dovute;
4. che l'invio del presente modulo alla Società assolve l'obbligo formale di presentazione della richiesta di liquidazione nei termini previsti dalle condizioni contrattuali;
5. che in caso di liquidazione per riscatto la presente richiesta è irrevocabile e, se il riscatto è totale, determina la risoluzione della polizza a norma delle condizioni contrattuali;
6. di prendere atto che la validità e l'efficacia della presente richiesta di liquidazione, con esclusione della liquidazione per sinistro, è condizionata all'esistenza in vita dell'assicurato alla data di sottoscrizione della richiesta medesima; pertanto ove l'assicurato non sia in vita a tale data, la presente richiesta dovrà considerarsi inefficace e la Compagnia avrà diritto alla restituzione di eventuali pagamenti dalla stessa effettuati;
7. di richiedere che l'importo corrispondente gli venga versato mediante bonifico sul seguente c/c bancario (pag.12), riconoscendo che la relativa documentazione bancaria costituirà per la Società quietanza di avvenuto pagamento a ogni effetto;
8. di essere consapevole che eventuali operazioni programmate non verranno eseguite in occasione della data fissa prevista, qualora in corrispondenza della stessa o nei 7 giorni lavorativi immediatamente precedenti, sia pervenuta una Sua richiesta di riscatto parziale o Switch o sia in corso uno Switch automatico scatenato dall'Opzione di Stop loss.

*Luogo e Data*

*Firma dell'Avente Diritto/Esecutore*

---



## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza:   /

Codice prodotto:



### Dichiarazione del Richiedente - (2/2)

#### BONIFICO

Codice IBAN

#### Intestato a:

**Cognome/Ragione sociale** **Nome**

**Presso la Banca** **Filiale di**

**Il conto corrente di accredito è cointestato?** NO    SI    se SI specificare:

**Dati del Cointestatario c/c (1)**

**Cognome/Ragione sociale** **Nome**

**Legame con l'Avente diritto**

Appartenenza al nucleo familiare      Altro rapporto di parentela/convivenza      (specificare):

Tutore      Curatore fallimentare      Legame affettivo      Genitore      Curatore      Amministratore di sostegno

Rapporto d'affari      Titolarità ditta individuale

**Dati del Cointestatario c/c (2)**

**Cognome/Ragione sociale** **Nome**

**Legame con l'Avente diritto**

Appartenenza al nucleo familiare      Altro rapporto di parentela/convivenza      (specificare):

Tutore      Curatore fallimentare      Legame affettivo      Genitore      Curatore      Amministratore di sostegno

Rapporto d'affari      Titolarità ditta individuale

**Dati del Cointestatario c/c (3)**

**Cognome/Ragione sociale** **Nome**

**Legame con l'Avente diritto**

Appartenenza al nucleo familiare      Altro rapporto di parentela/convivenza      (specificare):

Tutore      Curatore fallimentare      Legame affettivo      Genitore      Curatore      Amministratore di sostegno

Rapporto d'affari      Titolarità ditta individuale

L'Avente Diritto (ovvero l'Esecutore che agisce in nome e per conto del medesimo), in ottemperanza alle disposizioni di Legge in materia di antiriciclaggio e di tracciabilità dei flussi finanziari (D. Lgs. n. 231/2007 succ. modificato da D. Lgs. n. 90/2017), ad ogni effetto di Legge conseguente e/o connesso, assumendosene specifica responsabilità, dichiara che il conto corrente bancario sul quale provvedere alla liquidazione dell'importo della polizza assicurativa, risulta intestato/cointestato all'Avente Diritto stesso.

**Luogo e Data**

**Firma dell'Avente Diritto/Esecutore**

## Informativa sugli obblighi antiriciclaggio (D. lgs. N° 231/2007 e S.M.I.) come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017

### OBBLIGHI DEL CLIENTE - ART. 22.

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

### ARTICOLO N.42 - ASTENSIONE

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
3. E' fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

### SANZIONI PENALI - ARTICOLO N.55 – comma 3

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

### TITOLARE EFFETTIVO – ARTICOLO N.2

Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

1. la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
2. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

1. se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
2. se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
3. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

PEP: Persone Politicamente Esposte SIA ITALIANE CHE ESTERE (Articolo 1, comma 2, lettera o)

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:

- a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
- b) i parlamentari;
- c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
- f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

- a) il coniuge;
- b) i figli e i loro coniugi;
- c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
- d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

- a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o
- b) qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
- c) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017

Numero polizza: \_\_\_\_\_ /

Codice prodotto: \_\_\_\_\_

**Firma dell'Avente diritto**

Il sottoscritto consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni, dichiara che tutti i dati e le dichiarazioni sono rese anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa a contrasto del "riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo (D. Lgs. n. 231/07 – come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017), in specie, dell'art. 22 e che gli stessi corrispondono al vero e sono aggiornati. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che le dichiarazioni verranno sottoposte a verifica e profilatura del rischio da parte della Compagnia, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 42 D. Lgs cit. (obbligo di astensione).

**Luogo e data**

**Firma**

---

**Firma dell'Esecutore**

Il sottoscritto consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni, dichiara che tutti i dati e le dichiarazioni sono rese anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa a contrasto del "riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo (D. Lgs. n. 231/07 – come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017), in specie, dell'art. 22 e che gli stessi corrispondono al vero e sono aggiornati. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che le dichiarazioni verranno sottoposte a verifica e profilatura del rischio da parte della Compagnia, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 42 D. Lgs cit. (obbligo di astensione).

**Luogo e data**

**Firma**

---



### Informativa sulla protezione dei dati personali

Nel confermarle che la protezione dei dati personali ha grande rilevanza per il Gruppo BNP Paribas e per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia, la invitiamo a consultare l'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) (sezione "Privacy") oppure, in alternativa, a chiamare il numero 800 979115 per ascoltarne i contenuti.

**Firma dell'Avente diritto**

L'Avente diritto (se diverso dal Richiedente) dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da Cardif Vita S.p.a., e di impegnarsi a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

**Luogo e data**

**Firma**

---

**Firma dell'Esecutore**

L'Esecutore dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), da Cardif Vita S.p.a., che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte della Compagnia e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

**Luogo e data**

**Firma**

---

## Richiesta di liquidazione per scadenza e adeguata verifica

Persona Fisica

In ordine agli adempimenti antiriciclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07) come modificato dal D. Lgs. 90/2017

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Documentazione base da allegare alla richiesta di liquidazione

#### SCADENZA

##### Per tutti i contratti

- A. Richiesta di liquidazione, a firma dell'Avente Diritto (Richiedente)
- B. Fotocopia documento d'identità e del codice fiscale dell'Avente Diritto e dell'eventuale Esecutore
- C. Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o, in alternativa, autodichiarazione sottoscritta e firmata dallo stesso accompagnata da fotocopia leggibile fronte e retro di un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato ( in caso di Contraente diverso dall'Assicurato)

#### OPZIONE DI RENDITA VITALIZIA

##### Per tutti i contratti:

- A. Richiesta di liquidazione, a firma dell'Assicurato (Richiedente), con firma del Contraente "per benessere" (se persona diversa)
- B. Fotocopia documento d'identità e del codice fiscale di tutti i soggetti
- C. Dichiarazione del Richiedente relativa alle eventuali detrazioni di Imposta (IRPEF) da considerare nella tassazione della rendita, su modulo fornito dalla Società

## Informativa su Normative FATCA e AEOI

In data 8 luglio 2015 è entrata in vigore la Legge n. 95 del 18 giugno 2015 (alla quale hanno fatto seguito i decreti di attuazione di seguito specificati), che disciplina gli adempimenti ai quali le Istituzioni Finanziarie (FI) italiane sono chiamate ad adempiere ai fini degli scambi automatici di informazioni derivanti dagli accordi internazionali con gli Stati Uniti e con altri Stati esteri (CRS - Common Reporting and Due Diligence Standard) in merito alla normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e alla normativa AEOI (Automatic Exchange Of Information). Ai sensi di tale Legge, le Istituzioni Finanziarie sono obbligate ad acquisire le informazioni relative ai conti finanziari aperti in Italia da tutti i soggetti (persone fisiche/entità) ovunque fiscalmente residenti.

### Obblighi FATCA:

FATCA è una normativa statunitense, in vigore dal 1° luglio 2014, i cui principi applicativi sono dettagliati all'interno del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 6 agosto 2015, n. 88444, volta a contrastare l'evasione fiscale di contribuenti statunitensi all'estero.

In base ai principi della normativa FATCA, le FI devono identificare i contraenti/aventi diritto di financial account e stabilire se sono residenti fiscalmente negli Stati Uniti al fine di trasmettere su base annuale all'Agenzia delle Entrate, che a sua volta provvede ad inviare all'amministrazione fiscale statunitense (IRS – Internal Revenue Service):

- i. i dati identificativi dei contraenti/aventi diritto dei rapporti ovvero dei titolari effettivi in caso di particolari tipologie di entità
- ii. il valore contabile del financial account

I clienti esistenti al 30 giugno 2014 sono soggetti a specifiche attività di due diligence e, laddove previsto, devono fornire ulteriori informazioni aggiuntive; nei casi in cui le citate informazioni non vengano fornite entro i termini stabiliti dalla suddetta normativa, saranno considerati, in presenza di indizi di "status US", quali ad esempio il luogo di nascita, l'indirizzo postale o l'indirizzo di residenza in USA, conformemente a quanto previsto dalla normativa FATCA, US Person e i dati saranno comunicati all'Agenzia delle Entrate.

I soggetti che si qualificano come Istituzioni Finanziarie devono fornire, laddove previsto, il codice Global Intermediary Identification Number (GIIN).

### Obblighi AEOI:

L'acronimo AEOI individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti, i cui principi applicativi sono dettagliati all'interno del decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2015, n. 93874, che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale e impone alle Istituzioni Finanziarie di identificare i contraenti/aventi diritto di financial account e stabilire se sono residenti fiscalmente in una giurisdizione AEOI. La normativa è entrata in vigore il 1° gennaio 2016 e da tale data diviene obbligatoria l'acquisizione delle informazioni ai fini dell'adeguata verifica fiscale per la sottoscrizione/liquidazione di financial account da parte di soggetti residenti in Stati diversi dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America, nonché di entità finanziarie Passive (Non Financial Foreign Entity), ovunque residenti.

Le Istituzioni Finanziarie devono trasmettere su base annuale all'Agenzia delle Entrate, che a sua volta provvede ad inviare all'amministrazione fiscale dei Paesi partecipanti ad AEOI, le seguenti informazioni: i) i dati identificativi dei contraenti/aventi diritto ovvero dei titolari effettivi in caso di particolari tipologie di persone giuridiche, e le dichiarazioni relative alla residenza fiscale, ii) il valore contabile del financial account.

Il primo scambio automatico di informazioni sarà effettuato nel 2017 sulla base delle informazioni relative all'anno 2016 (per quei Paesi tra i primi a sottoscrivere l'accordo); detta comunicazione sarà effettuata annualmente.

Inoltre, per la clientela esistente alla data del 31 dicembre 2015, le Istituzioni Finanziarie avviano specifiche attività di due diligence e provvederanno alla comunicazione dei dati nei termini previsti dalla normativa.

Cardif Vita S.p.A. è tenuta dunque a svolgere, ai fini FATCA e AEOI, l'identificazione dei contraenti/aventi diritto (persone fisiche ed entità) e, in caso di talune tipologie di entità, dei titolari effettivi. Inoltre, per i soggetti identificati come reportable, deve effettuare le segnalazioni all'Agenzia delle Entrate.

Al fine di adempiere agli obblighi normativi, viene pertanto richiesto ai contraenti/aventi diritto di autocertificare il proprio status ai fini delle predette normative e di impegnarsi a comunicare tempestivamente, sotto la propria, esclusiva responsabilità, ogni variazione dei dati rilevanti ai fini FATCA/AEOI

e gli eventuali cambi di circostanza relativi al proprio status (ad esempio: acquisizione di cittadinanza o residenza fiscale estera, presenza di Titolare Effettivo estero, ecc.). Inoltre, il contraente prende atto che Cardif Vita S.p.A., ai fini del rispetto delle normative/accordi richiamati, potrà trasferire i suoi dati ad altre società del Gruppo BNP Paribas o a fornitori terzi di servizi esterni al Gruppo. Il contraente, inoltre, si impegna a fornire opportuna documentazione giustificativa qualora lo status dichiarato si discosti dagli elementi a disposizione di Cardif Vita S.p.A. fornendo documenti che provino lo status dichiarato nell'autocertificazione.

Tutti i soggetti che non forniscono i dati necessari all'identificazione e la relativa documentazione, quando previsto, non potranno procedere con la finalizzazione dell'operazione.



## AUTOCERTIFICAZIONE FATCA E AEOI PER PERSONE FISICHE

(da compilare e firmare a cura del soggetto Avente Diritto)

### DATI PERSONALI

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE ITALIANO			
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	STATO DI NASCITA			
INDIRIZZO DI RESIDENZA	VIA/ PIAZZA	CITTA'	PROV	CAP	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA	VIA/ PIAZZA	CITTA'	PROV	CAP	

*(se diverso da quello di residenza)*

DICHIARO DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN ITALIA     SI     NO

### RESIDENZA FISCALE E/O CITTADINANZA USA

DICHIARO DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN USA <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	U.S. TIN <sup>2</sup>
DICHIARO DI ESSERE CITTADINO DEGLI STATI UNITI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**Importante:** in caso di cittadinanza e/o residenza fiscale statunitense è necessario compilare obbligatoriamente il campo U.S. TIN ed il modulo W-9 IRS allegato e/ o scaricabile dal seguente link (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-form-w-9>).

### RESIDENZA FISCALE IN ALTRI STATI DIVERSI DA USA E ITALIA

DICHIARO DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN ALTRI STATI <sup>3</sup>     SI     NO

STATO 1	CODICE FISCALE (TIN)*
STATO 2	CODICE FISCALE (TIN)*

\*Per maggiori informazioni sul TIN <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/>.  
**Importante:** In caso di mancata indicazione del codice fiscale (TIN) si prega di fornire le motivazioni di seguito

Secondo i requisiti previsti dalle normative FATCA ed AEOI il sottoscritto, dichiara tramite la presente di:

- o Aver ricevuto l'informativa FATCA, AEOI ed il relativo Glossario e di essere informato in merito al fatto che i dati sopraindicati potranno essere comunicati ai fini delle predette normative /accordi alle competenti Autorità;
- o Essere, pertanto, consapevole delle responsabilità di eventuali dichiarazioni mendaci dallo stesso fornite ai fini della raccolta delle informazioni necessarie per l'identificazione delle US Persons e delle Reportable Persons in genere;
- o Impegnarsi a comunicare tempestivamente, sotto la propria, esclusiva, responsabilità, ogni variazione dei propri dati rilevanti ai fini FATCA, AEOI che possa, eventualmente, intervenire successivamente alla data della firma della presente dichiarazione.

**LUOGO E DATA**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**In caso di dichiarante diverso da Contraente o Beneficiario indicare il Ruolo**

Nel confermarle che la protezione dei dati personali ha grande rilevanza per il Gruppo BNP Paribas e per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia, la invitiamo a consultare l'informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) (sezione "Privacy") oppure, in alternativa, a chiamare il numero 800 979115 per ascoltarne i contenuti.

<sup>1</sup> Un soggetto si considera (a titolo indicativo e non esaustivo) Residente U.S. se è residente stabilmente negli USA o è in possesso della Green Card o ha soggiornato negli U.S.A. per 31 giorni nell'anno di riferimento, 183 giorni nell'arco di un triennio, considerando interamente i giorni dell'anno di riferimento, per un terzo i giorni dell'anno precedente e per un sesto i giorni del primo anno del triennio.

<sup>2</sup> Codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti, il Taxpayer Identification Number; per le persone fisiche può coincidere con il SSN (Social Security Number).

<sup>3</sup> Nel caso di residenza in Paesi c.d. CBI/RBI (Citizenship/Residence by Investment) saranno richieste ulteriori informazioni volte a confermare la residenza fiscale dichiarata. Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito OCSE al seguente link: <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/residence-citizenship-by-investment/>



## AUTOCERTIFICAZIONE FATCA E AEOI PER UNITÀ ORGANIZZATE

*(da compilare e firmare a cura del soggetto Avente Diritto)*

### DATI GENERALI

<b>DENOMINAZIONE SOCIALE</b>		<b>PARTITA IVA/CODICE FISCALE</b>		
<b>LUOGO DI COSTITUZIONE</b>		<b>STATO</b>		
<b>INDIRIZZO DI SEDE LEGALE</b>	<b>VIA/ PIAZZA</b>	<b>CITTÀ</b>	<b>PROV</b>	<b>CAP</b>
<b>INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA</b>	<b>VIA/ PIAZZA</b>	<b>CITTÀ</b>	<b>PROV</b>	<b>CAP</b>

*(se diverso da quello di sede legale)*

**LA SOCIETÀ DICHIARA DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN ITALIA**    **SI**    **NO**

### RESIDENZA FISCALE USA/ ALTRI STATI DIVERSI DA ITALIA

**LA SOCIETÀ DICHIARA DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN USA**    **SI**    **NO**    **U.S. EIN <sup>1</sup>**

**LA SOCIETÀ DICHIARA DI AVERE LA RESIDENZA FISCALE IN ALTRI STATI**    **SI**    **NO**

**STATO 1**    **CODICE FISCALE (TIN)\***

**STATO 2**    **CODICE FISCALE (TIN)\***

*\*Per maggiori informazioni sul TIN <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/>  
Importante: In caso di mancata indicazione del codice fiscale (TIN) si prega di fornire le motivazioni di seguito*

### SEZIONE I - ISTITUZIONI FINANZIARIE (NON compilare se la Società è fiscalmente residente solo negli USA)

**LA SOCIETÀ DICHIARA DI ESSERE UN'ISTITUZIONE FINANZIARIA**    **E DI CLASSIFICARSI COME:**  
**GIIN <sup>2</sup>**

*Importante: nel caso di "Non Participating Financial Institution ovunque residente oppure un'entità residente in un Paese non aderente ad AEOI" indicare i dati di tutte le persone fisiche che esercitano il controllo sull'Unità Organizzata (compilare Sezione III)*

### SEZIONE II - ISTITUZIONI NON FINANZIARIE (NON compilare se la Società è fiscalmente residente solo negli USA)

**1. LA SOCIETÀ DICHIARA DI ESSERE UN'ENTITÀ NON FINANZIARIA ATTIVA (ACTIVE NFE)<sup>2</sup>**    **E DI CLASSIFICARSI COME:**

**2. LA SOCIETÀ DICHIARA DI ESSERE UN'ENTITÀ NON FINANZIARIA PASSIVA (PASSIVE NFE)<sup>2</sup>**

*Importante: nel caso di "Entità non Finanziaria Passiva" indicare i dati di tutte le persone fisiche che esercitano il controllo sull'Unità Organizzata (compilare Sezione III)*

<sup>1</sup> Codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti. Per le entità, il codice fiscale che deve essere comunicato ai fini FATCA è l'Employer Identification Number (EIN).

<sup>2</sup> Per maggiori informazioni consultare l'Informativa FATCA & AEOI e "tabelle\_e\_glossario FATCA"

## AUTOCERTIFICAZIONE FATCA E AEOI PER UNITÀ ORGANIZZATE

(da compilare e firmare a cura del soggetto Avente Diritto)

### SEZIONE III - Titolari effettivi - (da compilare in caso di Entità non finanziaria passiva o in caso di Non aderenza a FATCA & AEOI)

DENOMINAZIONE SOCIALE

PARTITA IVA/CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI SEDE LEGALE - VIA/PIAZZA

CITTÀ

PROV

CAP

STATO

### ELENCO DELLE PERSONE CHE ESERCITANO IL CONTROLLO

Indicare i dati di tutte le persone fisiche che esercitano il controllo sull'Unità Organizzata (come meglio definito nell'Informativa FATCA e AEOI e nel Glossario FATCA e AEOI)

NOME	COGNOME	RUOLO	INDIRIZZO	DATA DI NASCITA	PAESE DI NASCITA	PAESE DI RESIDENZA FISCALE <sup>3</sup>	CODICE FISCALE		CITTADINANZA USA
							(TIN)*	Non previsto nel Paese indicato	
						1)			SI
						2)			
						3)			NO
						4)			
						1)			SI
						2)			
						3)			NO
						4)			
						1)			SI
						2)			
						3)			NO
						4)			
						1)			SI
						2)			
						3)			NO
						4)			

\*Per maggiori informazioni sul TIN <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-identification-numbers/>. **Importante: In caso di mancata indicazione del codice fiscale (TIN) si prega di fornire le motivazioni di seguito**

Secondo i requisiti previsti dalle normative FATCA ed AEOI il sottoscritto, dichiara tramite la presente di:

- o Aver ricevuto l'informativa FATCA, AEOI ed il relativo Glossario e di essere informato in merito al fatto che i dati sopraindicati potranno essere comunicati ai fini delle predette normative /accordi alle competenti Autorità;
- o Essere, pertanto, consapevole delle responsabilità di eventuali dichiarazioni mendaci dallo stesso fornite ai fini della raccolta delle informazioni necessarie per l'identificazione delle US Persons e delle Reportable Persons in genere;
- o Impegnarsi a comunicare tempestivamente, sotto la propria, esclusiva, responsabilità, ogni variazione dei propri dati rilevanti ai fini FATCA, AEOI che possa, eventualmente, intervenire successivamente alla data della firma della presente dichiarazione.

**LUOGO E DATA**

**Soggetto firmatario dell'Unità Organizzata  
Nome e Cognome**

**Firma** \_\_\_\_\_

Nel confermarle che la protezione dei dati personali ha grande rilevanza per il Gruppo BNP Paribas e per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia, la invitiamo a consultare l'Informativa sulla protezione dei dati personali disponibile all'indirizzo web [www.bnpparibascardif.it](http://www.bnpparibascardif.it) (sezione "Privacy") oppure, in alternativa, a chiamare il numero 800 979115 per ascoltarne i contenuti.

<sup>3</sup> Nel caso di residenza in Paesi c.d. CBI/RBI (Citizenship/Residence by Investment) saranno richieste ulteriori informazioni volte a confermare la residenza fiscale dichiarata. Per maggiori informazioni si prega di consultare il sito OCSE al seguente link: <https://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/residence-citizenship-by-investment/>