

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 Sinistro

Dati Assicurato per il quale si comunica il decesso

Cognome

Nome

Codice fiscale

Data decesso



Dati Beneficiario (1/2)

Ragione sociale

Partita IVA/Codice Fiscale



Forma Giuridica

Data di costituzione

Finalità della costituzione



Paese di residenza fiscale

1.

2.

3.

Sede legale 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")
* se diverso dalla sede legale

Numero di telefono

Indirizzo email

 Codice ATECO 

 Codice SAE 

Società quotata SI NO

Se SI, indicare il Paese



Società quotata in un Paese "White List" SI NO

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 Beneficiario (2/2)

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

Legame con il Contraente

Legale rappresentante Titolarità ditta individuale Socio diretto Socio coobbligato
Amministratore Membro del CDA Membro Organismi di vigilanza Dipendente
Rapporto lavorativo/professionale Rapporto commerciale Rapporto societario
Mandato fiduciario Altro (specificare):

*Luogo e data**Timbro e Firma del Beneficiario*

Dati Titolare effettivo (del Beneficiario persona giuridica) - (1/2)

Cognome **Nome** **Sesso** **F** **M**
Nato/a il **Città di nascita** **Nazionalità**
Codice Fiscale **Professione Cod. tabella 1 "Tabelle e Glossario FATCA")**

? **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")

**Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica**

Beneficiario Persona Giuridica

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) - (2/2)**Indirizzo postale*** 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****Data di rilascio** **Data scadenza****Luogo e Autorità di Rilascio****Numero di telefono** **Indirizzo email****PEP*** SI NO **Descrizione PEP***Persone Politicamente Esposte**Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero** SI NO
(diverso da USA e ITALIA)**Ricopre o ha ricoperto la carica di Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio**

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

Altro (specificare):

Legame con il Beneficiario

Appartenenza 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):

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 (se diverso dall'Assicurato)

Cognome/Ragione Sociale

Nome

Sesso F

M

Codice Fiscale/Partita IVA

Nato/a il

Città di Nascita

Nazionalità

Indirizzo di residenza/sede legale*

Via/piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA)

*Per le persone giuridiche

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



Codice ATECO

Codice SAE



Dati Esecutore (in caso di Contraente persona giuridica)



Descrizione

Legale rappresentante

Procuratore

Tutore / Curatore / Amministratore di sostegno

Cognome

Nome

Sesso F

M

Nato/a il

Città di nascita

Codice Fiscale

Indirizzo di residenza

Via/piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA)

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

Luogo e Data

Firma del Contraente/Esecutore

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 dal Beneficiario) - (1/2) ?

Descrizione	Legale rappresentante	Procuratore	Curatore / Liquidatore
Cognome	Nome		Sesso F M
Nato/a il	Città di Nascita	Nazionalità	
Codice Fiscale			
? Paese di cittadinanza	1. 2. 3.		
Indirizzo di residenza	Via/Piazza	Città	Prov. CAP
Stato	ITALIA ALTRO	<small>(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")</small>	
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			
? PEP*	SI NO	Descrizione PEP	
<small>*Persone Politicamente Esposte</small>			
Presenza di istruzioni permanenti di trasferimento verso Paese estero		SI	NO
<small>(diverso da USA e ITALIA)</small>			
Ricopre o ha ricoperto la carica di Pubblico Ufficiale/Incaricato di Pubblico Servizio			
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
Altro	(specificare):		

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 dal Beneficiario) - (2/2)

Legame con il Beneficiario

Legale rappresentante	Titolarità ditta individuale	Socio diretto	Socio coobigliato
Amministratore	Membro del CDA	Membro organismi di vigilanza	Dipendente
Rapporto d'affari	Senior managing officials	Trustee	Rapporto lavorativo/professionale
Rapporto commerciale	Rapporto societario	Mandato fiduciario	
Altro	(specificare):		

Luogo e Data

Firma dell'Esecutore

Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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.7) o tramite assegno circolare, 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

Timbro e Firma del Beneficiario/Esecutore



Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario 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

Nome

Presso la Banca

Filiale di

L'avente diritto dichiara che i proventi della polizza vengono percepiti nell'ambito dell'attività di impresa NO SI

L'Avente diritto (ovvero l'Esecutore che agisce in nome e per conto del medesimo), in ottemperanza alle disposizioni di Legge in materia antiriciclaggio e di tracciabilità dei flussi finanziari (D. Lgs. n. 231/2007 succ. modificato da D. Lgs. n. 90/2017), assumendosene specifica responsabilità, ad ogni effetto di Legge conseguente e/o connesso, dichiara che il conto corrente bancario sul quale provvedere alla liquidazione dell'importo della polizza assicurativa, risulta intestato/cointestato all'Avente Diritto stesso, essendo stato previamente informato che questa costituisce condizione necessaria ed essenziale al fine di procedere con il pagamento della prestazione. Eccezioni sono consentite solo per quelle fattispecie che coinvolgono soggetti che agiscono (in forza di poteri attribuiti o conferiti ai sensi di Legge; mediante conferimento di procura ecc.) in nome e per conto del soggetto legittimato ad effettuare la richiesta.

Luogo e data

Timbro e Firma del Beneficiario/Esecutore

ASSEGNO

Intestato a:

Cognome

Nome

Presso Via/Piazza

Città

Prov. CAP

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

L'avente diritto dichiara che i proventi della polizza vengono percepiti nell'ambito dell'attività d'impresa NO SI

Luogo e Data

Timbro e Firma del Beneficiario/Esecutore

Firma del Contraente se diverso dall'Assicurato

Il firmatario, per benessere, dichiara il proprio consenso alla liquidazione da parte della Società in favore dell'avente diritto, nei termini suddetti.

Luogo e Data

Firma

(se il contratto è intermediato) Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto, incaricato dell'identificazione ai sensi del Decreto 231/07, come modificato dal D. Lgs. n. 90/2017, dichiara sotto la propria responsabilità che le firme di cui al presente modulo, sono state apposte personalmente ed alla sua presenza, dalle persone indicate, identificate mediante l'esibizione in originale dei rispettivi documenti di identità.

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Intermediario

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 sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Giuridica

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 del Beneficiario

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

Timbro e 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 (sezione "Privacy") oppure, in alternativa, a chiamare il numero 800 979115 per ascoltarne i contenuti.

Firma del Beneficiario

Il sottoscritto 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

Timbro e Firma

Firma dell'Esecutore

Il sottoscritto 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 sinistro e adeguata verifica

Beneficiario 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

SINISTRO

Per tutti i contratti

- A. **Fotocopia documento d'identità e del codice fiscale di tutti i soggetti: Beneficiario, Titolare effettivo ed eventuale Esecutore;**
- B. Documentazione attestante i poteri di firma, quali ad esempio l'**Atto costitutivo**, lo **Statuto** o la **Delibera Organi Istituzionali**;
- C. In caso di organizzazioni non profit: informazioni circa i soggetti (o categorie di soggetti) nei confronti dei quali è destinata l'attività benefica dell'ente non profit;
- D. Informazioni circa il conferimento dei **poteri di rappresentanza dell'esecutore**, se diverso dal legale rappresentante;
- E. **Certificato di morte dell'Assicurato;**
- F. **Copia autentica del Testamento** dell'Assicurato, oppure, in mancanza **Atto Notorio** attestante l'assenza di Testamento.
Per i prodotti con una significativa componente demografica la documentazione deve essere integrata con quella di seguito specificata, secondo le circostanze dell'evento:
- in caso di morte per "malattia" o comunque non per cause violente:
- G. **Certificato del Medico Curante;**
- H. **Copia autenticata della Cartella Clinica** relativa all'eventuale ricovero ospedaliero, antecedente o in corso al momento del decesso;
- in caso di morte violenta:
- I. **Copia del Verbale dell'Autorità** (Polizia, Carabinieri, ecc.) intervenuta sul luogo dell'evento;
- J. **Certificato del Medico che ha constatato il decesso, oppure, in caso di morte in ospedale, copia autenticata della Cartella Clinica relativa;**
- K. **Sentenza dell'Autorità Giudiziaria sull'esito del relativo Procedimento Istruttorio** (archiviazione o individuazione di eventuali responsabilità).

Situazioni particolari:

Designazione beneficiari di tipo generico (gli eredi, i figli, ecc.):

- l'Atto Notorio di cui al punto F. deve riportare l'indicazione nominativa delle persone aventi tale titolo (con legame o grado di parentela);
- la Richiesta di Liquidazione deve essere sottoscritta da ciascuno dei Beneficiari (un modulo separato per ciascuno e per ciascuna polizza).

Assicurato deceduto diverso dal Contraente: quest'ultimo deve sottoscrivere la Richiesta per benessere, per attestare di non aver modificato nel frattempo la designazione beneficiaria ad insaputa della Società.

Liquidazione spettante ad un minore:

- la documentazione occorrente deve essere sottoscritta in nome e per conto del minore, da chi ne esercita la patria potestà o dell'eventuale Tutore;

- ad avvenuta definizione della liquidazione, relativamente alla quota spettante al minore, si richiede l'apposito Decreto di Autorizzazione del Giudice Tutelare.

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 ontabile 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.

In riferimento alla polizza n°

Al fine di ottemperare ai requisiti della normativa FATCA e normativa AEOI viene richiesta l'attestazione del proprio status, dopo aver preso visione dell'informativa. Le informazioni da riportare sono quelle relative al soggetto avente diritto/richiedente.

SEZIONE I – DATI GENERALI

DENOMINAZIONE/RAGIONE SOCIALE	
INDIRIZZO - LUOGO DI COSTITUZIONE	
INDIRIZZO DI SEDE LEGALE	
INDIRIZZO DI DOMICILIO (se diverso dalla sede legale)	

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

- Sezione II:** da compilare con l'indicazione della residenza fiscale Italiana (se presente).
- Sezione III - US PERSON:** da compilare solo in caso di soggetto qualificabile come US Person ai fini della normativa FATCA: Termine che definisce un soggetto che può qualificarsi come contribuente del fisco statunitense. In particolare:
 - cittadino statunitense
 - soggetto residente fiscalmente negli USA, compreso:
 - soggetto che possiede una Green Card
 - soggetto sposato con un cittadino US o residente fiscalmente negli USA che sceglie di fare la dichiarazione dei redditi congiunta
 - società di persone (Domestic Partnership) o altra entità fiscalmente trasparente ovvero una società di capitali (Domestic Corporation) organizzata negli Stati Uniti o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo stato
 - un *trust* se (i) un tribunale negli Stati Uniti, conformemente al diritto applicabile, ha competenza a emettere un'ordinanza o una sentenza in merito sostanzialmente a tutte le questioni riguardanti l'amministrazione del *trust*, e (ii) una o più persone statunitensi hanno l'autorità di controllare tutte le decisioni sostanziali del *trust*, o di un'eredità giacente di un *de cuius* che è cittadino statunitense o residente negli Stati Uniti.
 - soggetto che ha superato il "*substantial presence test*"
Uno straniero si considera avere una "presenza rilevante" negli Stati Uniti laddove in un anno di calendario sia fisicamente presente negli Stati Uniti per almeno 31 giorni, e se nello stesso anno solare (cd. Anno solare combinato), possa essere considerato presente negli stati secondo specifiche formule (<https://www.irs.gov/individuals/international-taxpayers/substantial-presence-test>)
- Sezione IV:** da compilare con l'indicazione delle residenze fiscali estere (se presenti).
- Sezione V:**
 - 4.1. da compilare con l'indicazione dello status FATCA / AEOI (qualora il soggetto non abbia esclusivamente la residenza fiscale negli USA)
 - 4.2. il codice GIIN deve essere fornito solo in caso di Direct Reporting Non Financial Foreign Entity e Sponsoring Direct Reporting Non Financial Foreign Entity; esse sono infatti tenute alla registrazione presso l'IRS e ricevono un codice GIIN che deve essere raccolto ai fini dell'identificazione FACTA (Glossario).
- Allegato A:** qualora il cliente sia classificato come Passive Non Financial Foreign Entity e presenti uno o più titolari effettivi qualificabili come US Person o residenti fiscalmente negli Stati Uniti come meglio definito nell'Informativa FATCA e AEOI e nel Glossario FATCA), sarà necessario completare i campi "PAESE DI RESIDENZA FISCALE", "CODICE FISCALE (SE PREVISTO)", "STATUS US PERSON AI FINI FATCA" della Dichiarazione sul Titolare Effettivo.

SEZIONE II – DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FISCALE ITALIANA ¹

Residenza Fiscale Italiana	SI	NO	Codice Fiscale (CF) Italiano	
----------------------------	----	----	------------------------------	--

1 - Riferimento punto 1 Istruzioni per la compilazione

SEZIONE III – DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FISCALE STATUNITENSE E DI STATUS AI FINI FATCA ²

IL CLIENTE DICHIARE CHE E' FISCALMENTE RESIDENTE NEGLI STATI UNITI	Indicare la categoria di appartenenza come definita nel Glossario FACTA, allegato al presente modulo	
	US PERSON di tipo SPECIFIED CODICE FISCALE STATUNITENSE (EIN) US PERSON di tipo NON SPECIFIED	

Compilare obbligatoriamente il modulo W-9

2 - Riferimento punto 2 Istruzioni per la compilazione

SEZIONE IV – DICHIARAZIONE DI RESIDENZA AI FINI AEOI ³ (NON compilare se il Cliente è fiscalmente residente SOLO negli Stati Uniti)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	1.	CORRISPONDENTE CODICE FISCALE (indicare se non previsto)	1.	CF Non Previsto nel Paese indicato
	2.		2.	CF Non Previsto nel Paese indicato
	3.		3.	CF Non Previsto nel Paese indicato
	4.		4.	CF Non Previsto nel Paese indicato

Compilare obbligatoriamente la Sezione IV – STATUS FATCA E AEOI

3 - Riferimento punto 3 Istruzioni per la compilazione

SEZIONE V – STATUS FATCA E AEOI (NON compilare se il Cliente è fiscalmente residente SOLO negli Stati Uniti)

A. ISTITUZIONI FINANZIARIE NON STATUNITENSIS ⁴ (indicare uno degli Status FATCA sotto riportati)

A1. IF fiscalmente residente in Italia	Reporting Italian Financial Institution (Istituzione finanziaria italiana che effettua la comunicazione)	GIIN
	Registered Deemed-Compliant Italian Financial Institutions (Istituzione finanziaria italiana registrata considerata adempiente) Certified Deemed-Compliant Italian Financial Institutions (Istituzione finanziaria italiana certificata considerata adempiente)	Tipologia GIIN Tipologia

4 - Gli status di dettaglio fanno riferimento alla normativa FATCA, per la normativa AEOI si tratta genericamente di Istituzione Finanziaria

In riferimento alla polizza n°

A2. IF fiscalmente residente all'estero	Participating Foreign Financial Institution o Partner Jurisdiction* Financial Institution (Istituzione finanziaria partecipante o Istituzione finanziaria di una giurisdizione partner)	GIIN	
	Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution (Istituzione finanziaria estera registrata considerata adempiente)	Tipologia	GIIN
	Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution (Istituzione finanziaria estera certificata considerata adempiente)	Tipologia	
A.3 Non Participating Financial Institution (IF non partecipante) ovunque residente		Tipologia	
A.4 Exempt Foreign Beneficial Owner (Titolare effettivo esente estero)			
B. ENTITÀ NON FINANZIARIE NON STATUNITENSIS ITALIANE ED ESTERE			
B.1 Active Non Financial Foreign Entity (Entità non finanziaria attiva)	Società che svolge in via principale attività produttiva	Tipologia	
	Governo o Ente Statale, Governo di Territorio US, Organizzazione Internazionale, Banca Centrale Altro Si tratta anche di Società quotata o parte dello stesso gruppo di una società quotata?		
B.2 Passive Non Financial Foreign Entity (Entità non finanziaria passiva) ⁶	Titolare effettivo US Person	Si	No
	Titolare effettivo o altre persone che esercitano il controllo diverso da US Person	Si	No
5 - Riferimento punto 4.2 Istruzioni per la compilazione			
Secondo i requisiti previsti dalla normativa FATCA e dagli accordi/ normativa AEOI il sottoscritto, dichiara tramite la presente di: i) aver ricevuto l'informativa FATCA e AEOI ed il relativo Glossario e di prestare il consenso, ove necessario, alla comunicazione dei dati richiesti; ii) essere consapevole delle responsabilità di eventuali dichiarazioni mendaci fornite ai fini della raccolta delle informazioni necessarie per l'identificazione delle US Persons e delle Reportable Persons in genere; iii) impegnarsi a comunicare tempestivamente, sotto la propria, esclusiva, responsabilità, ogni variazione dei propri dati rilevanti ai fini FATCA e ai fini AEOI, che possa, eventualmente, intervenire successivamente alla data della firma della presente dichiarazione; iv) fornire il consenso affinché i suddetti dati vengano trasmessi, laddove necessario ai fini del rispetto delle normative/accordi richiamati, anche ad altre società del Gruppo BNP Paribas, o fornitori terzi di servizi esterni al Gruppo.			
Data	Soggetto Firmatario dell'Unità Organizzata Nome e Cognome	Firma	

In riferimento alla polizza n°

ALLEGATO A – Compilare SOLO in caso di Passive Non Financial Entity (B.2)

Persone che esercitano il controllo dell'Unità Organizzata qualificabili come US Person oppure con residenza fiscale in Stati diversi da USA.

SEZIONE I – DATI GENERALI	
DENOMINAZIONE SOCIALE / RAGIONE SOCIALE	
SEDE LEGALE	INDIRIZZO
PAESE	

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 ¹	RUOLO SECONDARIO ²	INDIRIZZO	DATA DI NASCITA	PAESE DI NASCITA	PAESE DI RESIDENZA FISCALE	CODICE FISCALE		CITTADINANZA USA	STATU US PERSON AI FINI FACTA
								(TIN)	Non previsto nel Paese indicato		
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				

1. La colonna fa riferimento ai soggetti che esercitano il controllo sull'unità organizzata (ad esempio il Titolare effettivo, il Rappresentante legale, il Socio diretto e l'Amministratore).

2. Valorizzato nel caso di Trust, quando viene selezionato il cluster "Mandato elettorale e trust"; ruoli selezionabili: *Trustee, Settlor, Beneficiary, Protector*

In riferimento alla polizza n°

NOME	COGNOME	RUOLO ¹	RUOLO SECONDARIO ²	INDIRIZZO	DATA DI NASCITA	PAESE DI NASCITA	PAESE DI RESIDENZA FISCALE	CODICE FISCALE		CITTADINANZA USA	STATU US PERSON AI FINI FACTA
								(TIN)	Non previsto nel Paese indicato		
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				
							1)			SI	SI
							2)				
							3)			NO	NO
							4)				

1. La colonna fa riferimento ai soggetti che esercitano il controllo sull'unità organizzata (ad esempio il Titolare effettivo, il Rappresentante legale, il Socio diretto e l'Amministratore).

2. Valorizzato nel caso di Trust, quando viene selezionato il cluster "Mandato elettorale e trust"; ruoli selezionabili: *Trustee, Settlor, Beneficiary, Protector*

Data

Soggetto Firmatario dell'Unità Organizzata

Firma

Nome e Cognome