

# 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

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)

Cognome

Nome

Sesso

F

M

Nato/a il

Città di Nascita

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")



Indirizzo postale\* Via/Piazza

Città

Prov. CAP

Stato ITALIA ALTRO

(tabella 3 "Tabelle e Glossario FATCA")

\*se diverso dall'indirizzo di residenza

## 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Beneficiario (2/2)

**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



### 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:

### 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

Titolarietà ditta individuale Altro (specificare):

**Luogo e data**

**Firma del Beneficiario**

---

## 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Esecutore (se diverso dal Beneficiario) - (1/2)



|                                     |                         |  |   |
|-------------------------------------|-------------------------|--|---|
| <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>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>         |   |



### 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):       |  |             |                            |

# 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza: /

Codice prodotto:



## Dati Esecutore (se diverso dal Beneficiario) - (2/2)

### Legame con il Beneficiario

|                                  |                            |  |                       |                               |
|----------------------------------|----------------------------|--|-----------------------|-------------------------------|
| Appartenenza al nucleo familiare |                            | Altro rapporto di parentela/convivenza |                       | (specificare):                |
|                                  |                            | Tutore                                 | Curatore fallimentare | Legame affettivo              |
| Genitore                         | Amministratore di sostegno | Rapporto d'affari                      |                       | Titolarietà ditta individuale |
| Altro                            | (specificare):             |  |                       |                               |

**Luogo e Data**

**Firma dell'Esecutore**

---



## Dati Contraente (se diverso dall'Assicurato)

### Cognome/Ragione sociale

**Nome** **Sesso** **F** **M**

### Codice Fiscale/Partita IVA

**Nato/a il** **Città di Nascita**

**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 SAE\*** Settore d'attività della società  
(tabella 4 "Tabelle e Glossario FATCA")

 **Codice ATECO\*** (obbligatorio per tabella 6 "Tabelle e Glossario FATCA")  
\*Per le persone giuridiche



## Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Fisica

In ordine agli adempimenti anticiclaggio e antiterrorismo (artt. 15 e ss. D.Lgs. n.231/07 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Dati Esecutore (in caso di Contraente persona giuridica)



|                                     |                         |   |  |
|-------------------------------------|-------------------------|---|--|
| <b>Descrizione</b>                  | Legale rappresentante   | Procuratore   | Curatore / Liquidatore                                 |
| <b>Cognome</b>                      | <b>Nome</b>             |   |  |
| <b>Nato/a il</b>                    | <b>Città di nascita</b> | <b>Sesso</b> <b>F</b> <b>M</b>                        |  |
| <b>Codice Fiscale</b>               |                         |   |  |
| <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> |                         |   |  |

**Luogo e Data**
**Firma del Contraente/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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza: /

Codice prodotto:

 **Dichiarazione del Richiedente**

Il Richiedente con la sottoscrizione della presente Richiesta di liquidazione

qualora coincida con il Beneficiario della prestazione, dichiara sotto la propria responsabilità di essere pienamente capace di intendere e di volere e di prendere decisione autonome:

Sì No

**Firma del Richiedente** \_\_\_\_\_

Inoltre il Richiedente

1. dichiara 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. dichiara 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. approva 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. approva 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. approva 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. prende 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. chiede che l'importo corrispondente gli venga versato mediante bonifico sul seguente c/c bancario (pag.7), riconoscendo che la relativa documentazione bancaria costituirà per la Società quietanza di avvenuto pagamento a ogni effetto;
8. dichiara 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 del Beneficiario/Esecutore**  
\_\_\_\_\_

A partire da ottobre 2022, in caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia terminerà il Contratto nel momento in cui riceve la denuncia del decesso corredata dal certificato di morte e determinerà il valore della Prestazione assicurativa. La Compagnia pagherà la Prestazione assicurativa singolarmente a ciascun Beneficiario quando riceve, da parte di ciascuno di essi, la documentazione completa richiesta in caso di liquidazione.

In caso di richiesta di liquidazione per Sinistro per il prodotto PMUA - BNL Private Selection

Attenzione: la valorizzazione del Contratto sarà effettuata al 3° giorno lavorativo successivo alla ricezione da parte della Compagnia della presente richiesta corredata dell'intera documentazione prevista dalle Condizioni di assicurazione, così come comunicato con informativa a lei inviata in data 01/06/2021.



## Informativa sugli obblighi antiriciclaggio (D.Lgs. n. 231/2007 e s.m.i. e Regolamento IVASS n. 44/2019 e s.m.i.)

### **OBBLIGHI DEL CLIENTE – Art. 22, comma 1 D.Lgs. n. 231/07**

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.

### **TITOLARE EFFETTIVO – Art. 20 D.Lgs. n. 231/07**

Il titolare effettivo di una persona giuridica coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo. Più in particolare:

a) in caso di società di capitali:

- costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale, detenuta da una persona fisica;
- costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

b) nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza dei seguenti criteri:

- controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
- controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
- esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

c) nel caso di persona giuridiche private (di cui al D.P.R. 10 febbraio 200, n. 361), sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:

- i fondatori, ove in vita;
- i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
- i titolari di poteri di rappresentanza legale, direzione ed amministrazione.

d) qualora l'applicazione dei criteri sopra descritti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coinciderà con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statuari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione dell'ente.

### **PEP: Persone Politicamente Esposte SIA ITALIANE CHE ESTERE – Art. 1, comma 2, lettera dd), n. 1 e ss. D.Lgs. 231/07**

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

- a) il Presidente della Repubblica, il Presidente del Consiglio, i Ministri, i Vice Ministri e i Sottosegretari, il Presidente della Regione, l'assessore regionale, il Sindaco di capoluogo di provincia o di città metropolitana, il Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- b) i parlamentari italiani, i parlamentari europei, i consiglieri regionali nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- c) i membri degli organi direttivi centrali di partiti politici;
- d) i giudici della Corte Costituzionale, i magistrati della Corte di Cassazione o della Corte dei Conti, i consiglieri di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa (per la regione Siciliana) nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- e) i membri degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
- f) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari, gli ufficiali di alto livello delle forze armate ovvero cariche equivalenti in Stati;
- g) i componenti degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetti svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.

#### ***2. Per familiari diretti s'intendono:***

- a) i genitori;
- b) il coniuge, la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- c) i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili.

#### ***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 detenga, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
- b) qualsiasi persona fisica che detenga solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta;

**PIL: Politici italiani di base:** s'intendono tutti coloro che esercitano cariche pubbliche e/o politiche rilevanti ed hanno incarichi di livello dirigenziale nella Pubblica Amministrazione e/o in Enti Pubblici.

Si AVVERTE che in caso di **inadempimento** (dichiarativo) o di falsità in dichiarazioni:

### **SANZIONI PENALI - Art. 55, comma 3 D.Lgs. n. 231/07**

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.

### **ASTENSIONE – Art. 42 D.Lgs. 231/07**

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. I professionisti sono esonerati dall'obbligo di cui al co. 1, limitatamente ai casi in cui esaminano la posizione giuridica del loro cliente o espletano compiti di difesa o di rappresentanza del cliente in un procedimento innanzi ad una Autorità Giudiziaria o in relazione a tale procedimento, compresa la consulenza sull'eventualità di tentarlo o evitarlo.

4. È 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.

## 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i), in specie, dell'art. 22 D. Lgs cit. 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 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i.), in specie, dell'art. 22 D. Lgs cit. 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 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**
**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., 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**

## Richiesta di liquidazione per sinistro e adeguata verifica

Beneficiario Persona Fisica

In ordine agli adempimenti anticiclaggio e antiterrorismo (artt.15 e ss. D.Lgs. n.231/07 e s.m.i. e Regolamento IVASS 44/2019 e s.m.i)

Numero polizza:

/

Codice prodotto:



### Documentazione base da allegare alla richiesta di liquidazione

- certificato di morte dell'Assicurato
- fotocopia fronte e retro del documento d'identità del Beneficiario caso morte (o dell'eventuale esecutore) e del suo codice fiscale.

Se esiste testamento:

- copia autenticata del testamento regolarmente pubblicato;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con firma autenticata dalla quale risulti che il testamento è l'unico valido e non impugnato.
- in presenza di più testamenti validi, sarà necessaria la copia autenticata di tutti e per ciascuno di essi dovranno essere presenti le dichiarazioni relative a validità e impugnazione.

In caso di assenza di testamento la **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con firma autenticata** dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento.

Nel caso in cui la designazione dei Beneficiari è generica, ossia non sono indicati i nominativi dei Beneficiari, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sopra richiesta, dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi dell'Assicurato con relativi dati anagrafici e grado di parentela e l'indicazione che oltre agli eredi indicati non ve ne sono altri.

Nel caso di nomina di più Beneficiari caso morte, la richiesta di liquidazione e la documentazione relativa dovranno essere fornite alla Compagnia da parte di ciascun Beneficiario.

In caso di liquidazione spettante ad un minore o di un soggetto incapace:

- 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.

*Nel caso in cui, nell'ambito del processo di "adeguata verifica" (previsto dal D. Lgs. 231/2007, dal Reg. Ivass 44/2019 e dalle "Disposizioni in materia di adeguata verifica"), venga fornita documentazione in lingua straniera, la Compagnia si riserva di richiedere la traduzione certificata della documentazione presentata.*

## 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/attestazione.

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.

Al fine di ottemperare ai requisiti della normativa FATCA e normativa AEOL 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  |   |   |   |                                    |
|--|---|---|---|------------------------------------|
| NOME   |   | COGNOME   |   |                                    |
| DATA DI NASCITA  |   | STATO DI NASCITA  |   |                                    |
| LUOGO DI NASCITA   |   |   |   |                                    |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA ANAGRAFICA  |   |   |   |                                    |
| INDIRIZZO DI DOMICILIO<br>(se diverso dalla residenza anagrafica)  |   |   |   |                                    |
| ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE   |   |   |   |                                    |
| In merito alla <b>RESIDENZA FISCALE</b> , il Cliente dichiara:   | DA COMPILARE  | Tabella decisionale per Status FATCA ( <b>Sezione III</b> )     |   |                                    |
|  |   | Nazione/i coinvolta/e   | Status FATCA corrispondente:  |                                    |
| di avere la <b>sol</b> a <u>Residenza fiscale italiana</u><br>che non ha né cittadinanza né residenza fiscale negli Stati Uniti o in altri Stati Esteri né vi sono altri indizi o informazioni che ne attestino la cittadinanza o la residenza fiscale negli Stati Uniti o in altri Stati Esteri | SEZIONE II<br>SEZIONE III   | SOLO ITALIA   | NON US PERSON   |                                    |
| di avere la <u>Residenza fiscale italiana</u><br>di avere la <u>Residenza fiscale e/o la Cittadinanza negli Stati Uniti (il luogo di nascita negli USA presuppone la cittadinanza USA)</u>   | SEZIONE II<br>SEZIONE III   | ITALIA<br>USA   | SPECIFIED US PERSON   |                                    |
| di avere la <u>Residenza fiscale in Italia</u><br>di avere <b>una o più</b> <u>Residenze fiscali in uno Stato estero</u> (diverso dagli USA)   | SEZIONE II<br>SEZIONE III<br>SEZIONE IV   | ITALIA<br>ESTERO  | NON US PERSON   |                                    |
| di avere la <u>Residenza fiscale italiana</u> ;<br>di avere la <u>Residenza fiscale e/o la Cittadinanza negli Stati Uniti</u><br>di avere <b>una o più</b> <u>Residenze fiscali in uno Stato estero</u>  | SEZIONE II<br>SEZIONE III<br>SEZIONE IV   | ITALIA<br>USA<br>ESTERO   | SPECIFIED US PERSON   |                                    |
| di avere <b>sol</b> o la <u>Residenza fiscale e/o la Cittadinanza negli Stati Uniti</u><br>di non avere residenza fiscale italiana o in un altro Stato Estero  | SEZIONE III   | SOLO USA  | SPECIFIED US PERSON   |                                    |
| di avere <b>sol</b> o <b>una o più</b> <u>Residenze fiscali in uno Stato estero</u><br>di non avere residenza fiscale italiana e né cittadinanza né residenza fiscale negli Stati Uniti  | SEZIONE III<br>SEZIONE IV   | SOLO ESTERO   | NON US PERSON   |                                    |
| di avere la <u>Residenza fiscale e/o la Cittadinanza negli Stati Uniti</u><br>di avere <b>una o più</b> <u>Residenze fiscali in uno Stato estero</u>   | SEZIONE III<br>SEZIONE IV   | USA<br>ESTERO   | SPECIFIED US PERSON   |                                    |
| SEZIONE II – DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FISCALE ITALIANA   |   |   |   |                                    |
| Residenza Fiscale Italiana   | SI  | NO  | Codice Fiscale (CF) Italiano  |                                    |
| SEZIONE III – DICHIARAZIONE DI CITTADINANZA E/O RESIDENZA FISCALE STATUNITENSE E DI STATUS AI FINI FATCA   |   |   |   |                                    |
| CITTADINANZA STATUNITENSE (il luogo di nascita negli USA presuppone la cittadinanza USA, a meno che il cliente non presenti la documentazione indicata nel Glossario)  | SI  | NO  | <b>Compilare obbligatoriamente il modulo W-9 IRS</b> in caso di risposta affermativa alla domanda su <u>cittadinanza e/o residenza fiscale</u>                    |                                    |
| IL CLIENTE E' FISCALMENTE RESIDENTE NEGLI STATI UNITI?(la cittadinanza USA presuppone la residenza fiscale USA, a meno che il cliente non presenti la documentazione indicata nel Glossario)   | SI  | NO  |   |                                    |
| STATUS AI FINI FATCA   | SPECIFIED US PERSON<br>Valorizzare in caso di risposta affermativa alla domanda su <u>cittadinanza e/o residenza fiscale, o in presenza di altri indizi o informazioni (vedi Glossario)</u> |   | CODICE FISCALE STATUNITENSE (TIN)<br><b>Compilare obbligatoriamente in caso di risposta affermativa</b> alla domanda su <u>cittadinanza e/o residenza fiscale</u> |                                    |
|  | NON US PERSON<br>Valorizzare in caso di risposta negativa alla domanda su <u>cittadinanza e residenza fiscale e in assenza di altri indizi o informazioni</u>                               |   |   |                                    |
| SEZIONE IV – DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FISCALE ESTERA AI FINI AEOL  |   |   |   |                                    |
| STATO DI RESIDENZA FISCALE   | 1.  | CORRISPONDENTE CODICE FISCALE<br><br>(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 |

Secondo i requisiti previsti dalla normativa FATCA e dagli accordi/ normativa AEOL il sottoscritto, dichiara tramite la presente di: i) aver ricevuto l'informativa FATCA e AEOL 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 AEOL, 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:

Firma: