

Polizza N. _____

Richiesta di variazioni contrattuali 8.839/A

Codice Mandato Intermediario _____ Codice/Nome Cognome Collocatore _____ Punto Vendita _____

Denominazione Mandato Intermediario _____

Contraente

Cognome e Nome / Denominazione Sociale _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

in caso di Persona Giuridica compilare dati Legale Rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Assicurato

Cognome e Nome _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

Il Contraente chiede di effettuare una delle seguenti operazioni secondo le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni Contrattuali in vigore alla data della presente richiesta.

1 Contraente

Aggiornamento dati

- Aggiornamento dati su Persona fisica compilare **BOX A - B - I - L**
- Aggiornamento dati su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - I - L** (modulo Titolari effettivi se l'aggiornamento è relativo ad un TE)

Cambio di contraenza

- Cambio contraenza su Persona fisica compilare **BOX A - B - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**
- Cambio contraenza su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - modulo Titolari effettivi - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**

Solo per cambio di contraenza il Contraente in vigore dovrà inoltre comunicare:

Si sta procedendo al cambio di Contraente per Decesso del Contraente? Sì No - specificare il motivo: _____

Il cambio contraenza avviene a titolo gratuito? Sì No - specificare:
origine dei fondi _____ (allegato N)

Specificare mezzo di pagamento _____

Specificare controvalore attribuito dalle parti _____

nel caso in cui ci sia un cambio contraente, qualora sia necessario aggiornare i dati del contraente cedente dovrà essere compilato il modulo 8839B.

In caso il cambio contraenza riguarda un prodotto con pagamenti ricorrenti programmati compilare obbligatoriamente BOX H per variazione dati modalità pagamento.

2 Legale rappresentante

- Aggiornamento dati (compilare **BOX C1 - C2 - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX C1 - C2 - D2 - I - L**)

3 Soggetto Terzo (definizione in allegato I)

- Aggiornamento dati (compilare **BOX F - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX F - I - L**)

4 Variazione di conto corrente per accredito di erogazioni periodiche

Variazione (compilare **BOX H - I - L**)

5 Assicurato

Aggiornamento dati (compilare **BOX E - I - L**)

6 Beneficiari

Specificare se:

Vita Morte

E su quale operazione si desidera procedere:

Aggiornamento dati (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**) Cambio beneficiari (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**)

*In caso di più Beneficiari specificare nel campo "Motivo del cambio Beneficiario" per quali Beneficiari si richiede la variazione.

Motivo del cambio Beneficiario _____

Beneficiario 1

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____, _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 1 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 1 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 2

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____, _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 2 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 2 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 3

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 3 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 3 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Se Beneficiario 3 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 3 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 4

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 4 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 4 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Se Beneficiario 4 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 4 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Nel caso di Beneficiari caso morte maggiori di 4 utilizzare modulo dedicato (Modulo di designazione Beneficiari Caso Morte).

In caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli stessi. La modifica o la revoca di uno o più beneficiari deve essere comunicata tempestivamente alla Società.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

Elenco Beneficiari Standard per caso vita

0901 L'ASSICURATO STESSO

0902 IL CONTRAENTE

0903 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO ALA SCADENZA DELLA POLIZZA

0904 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0905 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

Elenco Beneficiari Standard per caso morte

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO

0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

SOLO PER ZURICH VICEVERSA

0818 GLI EREDI LEGITTIMI DEGLI ASSICURATI IN PARTI UGUALI

0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

0819 GLI EREDI TESTAMENTARI DEGLI ASSICURATI; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

B Contraente Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica**B1 - Dati personali**Il Contraente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): SI NO Se Si: Indicare se in Carica SI NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.** , indicare quali _____

**es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede attività prevalente: Stato _____ Provincia _____

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività: _____ (Allegato C)

Relazione del nuovo Contraente /Titolare Effettivo con il vecchio Contraente /Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)**Contraente:** Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)**Contraente:** Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)

(dove previsto dalla forma assicurativa)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e l'eventuale Esecutore è la seguente: _____ (Allegato D)**B2 - Situazione Finanziaria**Reddito annuo: Fino a 30.000 € Fino a 60.000 € Fino a 100.000 €
(selezionare una sola opzione) Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Oltre 500.000 €Patrimonio finanziario inclusa la liquidità: Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 €
(selezionare una sola opzione) Fino a 1.000.000 € Oltre 1.000.000 €**B3 - Scopo/Natura del rapporto****Indicare Scopo e Natura del Contratto** (selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente): Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)**Soggetti da Tutelare** (selezionare una sola opzione): Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno**C** Contraente diverso da Persona Fisica - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)

Ragione Sociale _____

C.F. _____ Data di costituzione ____/____/____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI NO Se SI, TIN/ GIIN: _____Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____

stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____

Indirizzo Sede: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'IntermediarioIndirizzo di corrispondenza diverso da residenza/sede? SI NOIndirizzo di corrispondenza intestato al contraente? SI NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: VISURA CAMERALE ALTRO, specificare _____

C1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici (solo per Contraente diverso da Persona Fisica)
(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

C.F. Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio: via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____

Il Contraente dichiara che la relazione tra il Contraente /Titolare Effettivo e il legale rappresentante è la seguente: _____ (Allegato D)

C2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

D Contraente diverso da Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica

D1 - Dati Societari

Indicare se iscrizione: a registro imprese (CCIAA REA), n° iscrizione: _____
 a registro delle persone giuridiche, n° iscrizione: _____

Se è iscritto ad un Albo, specificare:
Autorità: IVASS COVIP CONSOB BANCA D'ITALIA Nessuna
Nome Albo _____ n° Iscrizione _____ Data di iscrizione ____/____/____

Codice prevalente attività svolta, se "Altro" specificare: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Tipo Società _____ (Allegato B)

Codice Sottogruppo _____ (allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se il Contraente è una società fiduciaria, indicare il numero di mandato _____

Intestatario mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

La Società ha azionariato fiduciario SI NO La Società è quotata SI NO

L'attività d'impresa include relazioni con paesi Esteri? SI NO

Se sì, indicare i primi 3 paesi con cui si ha relazione: _____ _____ _____

Specificare il motivo della relazione _____

Se è stato scelto un Beneficiario diverso dall'impresa stessa, specificarne il motivo: _____

Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte. Classe di beneficiari: _____

Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva (definizione in allegato M) SI NO

Relazione del nuovo Contraente /Titolare Effettivo con il vecchio Contraente /Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D) (dove previsto dalla forma assicurativa)

D2 - Dati Legale Rappresentante

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede prevalente attività svolta: Stato _____ Provincia _____

D3 - Situazione Finanziaria

Indicare il fatturato annuo: (selezionare una sola opzione) Fino a 1.000.000 € Fino a 7.000.000 € Fino a 30.000.000 € Oltre 30.000.000 €

Patrimonio finanziario inclusa la liquidità: (selezionare una sola opzione) Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Fino a 1.000.000 €

Fino a 5.000.000 € Fino a 10.000.000 € Fino a 50.000.000 € Oltre 50.000.000 €

D4 - Scopo/Natura del rapporto

Indicare Scopo e Natura del Contratto (selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente):

Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)

Soggetti da Tutelare (selezionare una sola opzione):

Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno

Dati Titolari Effettivi (definizione in allegato H) da compilare obbligatoriamente per i soggetti diversi dalle persone fisiche

Titolare Effettivo 1 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 1: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 2 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 2: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 3 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 3: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 4 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 4: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

N.B. Qualora fossero presenti più di 4 Titolari effettivi, compilare il modulo a parte per i Titolari Effettivi.

I Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute – saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa al Beneficiario/Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- (b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite SI NO strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato.
- (c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. SI NO
- (d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, SI NO fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

L Dichiarazione del Contraente

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il Documento contenente le informazioni chiave, nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

➡ _____

Intermediario (timbro e firma) ➡ _____

Da compilare solo in caso di presenza Soggetto Terzo

Il sottoscritto _____ (nominativo del Contraente/Legale Rappresentante)

autorizza _____ (nominativo del Soggetto Terzo) ad effettuare il

pagamento del versamento aggiuntivo per suo conto ai sensi dell'art. 57 del regolamento IVASS 44/2019.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Legale Rappresentante ➡ _____

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiaro inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiaro infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante ➡ _____

Ogni variazione di polizza richiesta dal Contraente diventa efficace nei confronti della Compagnia solo quando la stessa emetta apposita Appendice di variazione, che diventa parte integrante del contratto, o ne faccia annotazione sull'originale di polizza. Il presente modulo NON ha valore di Appendice di variazione.

Sottoscritta in _____ il _____

Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

Intermediario assicurativo _____ Data, Firma e timbro _____

Spazio riservato all'intermediario

Valutazione dell'intermediario ai sensi della normativa antiriciclaggio

- Reticenza nel fornire le informazioni richieste Poca trasparenza della compagine societaria al fine di identificare il titolare effettivo
- Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabili
- Comportamento che non denota anomalie

Da quanto è attivo il rapporto tra il Contraente e l'intermediario? Meno di 1 anno da 1 e 5 anni oltre 5 anni

L'intermediario attesta che l'operazione è coerente rispetto al profilo del Contraente Si No

Per i distributori che attribuiscono al Contraente un profilo di rischio, inserire il profilo di rischio (se disponibile) Molto Basso Basso Medio Alto

Io sottoscritto dichiaro che il presente modulo è stato correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., il soggetto di cui trattasi (Contraente ovvero Esecutore per suo conto), di aver verificato la veridicità dei relativi dati, di aver acquisito le necessarie informazioni per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di aver rilevato il comportamento tenuto dal soggetto di cui trattasi come sopra evidenziato.

Luogo e Data di compilazione _____ Firma leggibile dell'Intermediario ➡ _____

Polizza N. _____

Richiesta di variazioni contrattuali 8.839/A

Codice Mandato Intermediario _____ Codice/Nome Cognome Collocatore _____ Punto Vendita _____

Denominazione Mandato Intermediario _____

Contraente

Cognome e Nome / Denominazione Sociale _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

in caso di Persona Giuridica compilare dati Legale Rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Assicurato

Cognome e Nome _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

Il Contraente chiede di effettuare una delle seguenti operazioni secondo le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni Contrattuali in vigore alla data della presente richiesta.

1 Contraente

Aggiornamento dati

- Aggiornamento dati su Persona fisica compilare **BOX A - B - I - L**
- Aggiornamento dati su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - I - L** (modulo Titolari effettivi se l'aggiornamento è relativo ad un TE)

Cambio di contraenza

- Cambio contraenza su Persona fisica compilare **BOX A - B - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**
- Cambio contraenza su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - modulo Titolari effettivi - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**

Solo per cambio di contraenza il Contraente in vigore dovrà inoltre comunicare:

Si sta procedendo al cambio di Contraente per Decesso del Contraente? Sì No - specificare il motivo: _____

Il cambio contraenza avviene a titolo gratuito? Sì No - specificare:
origine dei fondi _____ (allegato N)

Specificare mezzo di pagamento _____

Specificare controvalore attribuito dalle parti _____

nel caso in cui ci sia un cambio contraente, qualora sia necessario aggiornare i dati del contraente cedente dovrà essere compilato il modulo 8839B.

In caso il cambio contraenza riguarda un prodotto con pagamenti ricorrenti programmati compilare obbligatoriamente BOX H per variazione dati modalità pagamento.

2 Legale rappresentante

- Aggiornamento dati (compilare **BOX C1 - C2 - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX C1 - C2 - D2 - I - L**)

3 Soggetto Terzo (definizione in allegato I)

- Aggiornamento dati (compilare **BOX F - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX F - I - L**)

4 Variazione di conto corrente per accredito di erogazioni periodiche

Variazione (compilare **BOX H - I - L**)

5 Assicurato

Aggiornamento dati (compilare **BOX E - I - L**)

6 Beneficiari

Specificare se:

Vita Morte

E su quale operazione si desidera procedere:

Aggiornamento dati (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**) Cambio beneficiari (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**)

*In caso di più Beneficiari specificare nel campo "Motivo del cambio Beneficiario" per quali Beneficiari si richiede la variazione.

Motivo del cambio Beneficiario _____

Beneficiario 1

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____, _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 1 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 1 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 2

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____, _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 2 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 2 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 3

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 3 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 3 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 3 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 3 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 4

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 4 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 4 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 4 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 4 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Nel caso di Beneficiari caso morte maggiori di 4 utilizzare modulo dedicato (Modulo di designazione Beneficiari Caso Morte).

In caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli stessi. La modifica o la revoca di uno o più beneficiari deve essere comunicata tempestivamente alla Società.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

Elenco Beneficiari Standard per caso vita

0901 L'ASSICURATO STESSO

0902 IL CONTRAENTE

0903 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO ALA SCADENZA DELLA POLIZZA

0904 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0905 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

Elenco Beneficiari Standard per caso morte

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO

0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

SOLO PER ZURICH VICEVERSA

0818 GLI EREDI LEGITTIMI DEGLI ASSICURATI IN PARTI UGUALI

0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

0819 GLI EREDI TESTAMENTARI DEGLI ASSICURATI; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

7

Titolari effettivi dei beneficiari - Da compilare qualora i beneficiari nominali indicati siano soggetto diversi da persona fisica. Se Beneficiario è una società fiduciaria, compilare modulo a parte per Titolari Effettivi

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. [][][][][][][][][][][][][][][][][] Data di nascita ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. [][][][][][][][][][][][][][][][][] Data di nascita ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. [][][][][][][][][][][][][][][][][] Data di nascita ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. [][][][][][][][][][][][][][][][][] Data di nascita ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

A

Contraente Persona Fisica - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. [][][][][][][][][][][][][][][][][] Data di nascita ____/____/_____
Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI NO Se SI, TIN/ GIIN: _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____
stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____
Indirizzo di residenza/Sede: via, numero civico _____
C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):
via, numero civico _____
C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____
INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da residenza/sede? SI NO
Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? SI NO

Presso _____
via, numero civico _____
C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____
Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____
Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____
Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

B Contraente Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica**B1 - Dati personali**Il Contraente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): SI NO Se Si: Indicare se in Carica SI NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.***, indicare quali _____

***es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede attività prevalente: Stato _____ Provincia _____

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività: _____ (Allegato C)

Relazione del nuovo Contraente /Titolare Effettivo con il vecchio Contraente /Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)**Contraente:** Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)**Contraente:** Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)
(dove previsto dalla forma assicurativa)**Contraente:** Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e l'eventuale Esecutore è la seguente: _____ (Allegato D)**B2 - Situazione Finanziaria**Reddito annuo:
(selezionare una sola opzione) Fino a 30.000 € Fino a 60.000 € Fino a 100.000 €
 Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Oltre 500.000 €Patrimonio finanziario inclusa la liquidità:
(selezionare una sola opzione) Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 €
 Fino a 1.000.000 € Oltre 1.000.000 €**B3 - Scopo/Natura del rapporto****Indicare Scopo e Natura del Contratto** *(selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente):* Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)**Soggetti da Tutelare** *(selezionare una sola opzione):* Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno**C Contraente diverso da Persona Fisica - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)**

Ragione Sociale _____

C.F. Data di costituzione ____/____/____Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI NO Se SI, TIN/ GIIN: _____Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____
stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____

Indirizzo Sede: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'IntermediarioIndirizzo di corrispondenza diverso da residenza/sede? SI NOIndirizzo di corrispondenza intestato al contraente? SI NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: VISURA CAMERALE ALTRO, specificare _____

C1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici (solo per Contraente diverso da Persona Fisica) (Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. Data di nascita _____ / _____ / _____
Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____
Indirizzo di residenza: via, numero civico _____
C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____
Indirizzo di domicilio: via, numero civico _____
C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____
Il Contraente dichiara che la relazione tra il Contraente / Titolare Effettivo e il legale rappresentante è la seguente: _____ (Allegato D)

C2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____
Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____
Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

D Contraente diverso da Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica

D1 - Dati Societari

Indicare se iscrizione: a registro imprese (CCIAA REA), n° iscrizione: _____
 a registro delle persone giuridiche, n° iscrizione: _____

Se è iscritto ad un Albo, specificare:
Autorità: IVASS COVIP CONSOB BANCA D'ITALIA Nessuna
Nome Albo _____ n° Iscrizione _____ Data di iscrizione _____ / _____ / _____

Codice prevalente attività svolta, se "Altro" specificare: _____ (Allegato A)
Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____
Tipo Società _____ (Allegato B)
Codice Sottogruppo _____ (allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)
Se il Contraente è una società fiduciaria, indicare il numero di mandato _____
Intestataro mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica
La Società ha azionariato fiduciario SI NO La Società è quotata SI NO
L'attività d'impresa include relazioni con paesi Esteri? SI NO
Se si, indicare i primi 3 paesi con cui si ha relazione: _____ _____ _____
Specificare il motivo della relazione _____
Se è stato scelto un Beneficiario diverso dall'impresa stessa, specificarne il motivo: _____
Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte. Classe di beneficiari: _____
Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva (definizione in allegato M) SI NO
Relazione del nuovo Contraente / Titolare Effettivo con il vecchio Contraente / Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto / Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto / Titolari Effettivi e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto / Titolari Effettivi e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)
(dove previsto dalla forma assicurativa)

D2 - Dati Legale Rappresentante

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede prevalente attività svolta: Stato _____ Provincia _____

D3 - Situazione Finanziaria

Indicare il fatturato annuo: (selezionare una sola opzione) Fino a 1.000.000 € Fino a 7.000.000 € Fino a 30.000.000 € Oltre 30.000.000 €
Patrimonio finanziario inclusa la liquidità: (selezionare una sola opzione) Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Fino a 1.000.000 €
 Fino a 5.000.000 € Fino a 10.000.000 € Fino a 50.000.000 € Oltre 50.000.000 €

D4 - Scopo/Natura del rapporto

Indicare Scopo e Natura del Contratto (selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente):

Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)

Soggetti da Tutelare (selezionare una sola opzione):

Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno

Dati Titolari Effettivi (definizione in allegato H) da compilare obbligatoriamente per i soggetti diversi dalle persone fisiche

Titolare Effettivo 1 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 1: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 2 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 2: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 3 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 3: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 4 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 4: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione
**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.
N.B. Qualora fossero presenti più di 4 Titolari effettivi, compilare il modulo a parte per i Titolari Effettivi.

I Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute – saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa al Beneficiario/Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- (b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite SI NO strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato.
- (c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. SI NO
- (d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, SI NO fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

L Dichiarazione del Contraente

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il Documento contenente le informazioni chiave, nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

➡ _____

Intermediario (timbro e firma) ➡ _____

Da compilare solo in caso di presenza Soggetto Terzo

Il sottoscritto _____ (nominativo del Contraente/Legale Rappresentante)

autorizza _____ (nominativo del Soggetto Terzo) ad effettuare il

pagamento del versamento aggiuntivo per suo conto ai sensi dell'art. 57 del regolamento IVASS 44/2019.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Legale Rappresentante ➡ _____

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiaro inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiaro infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante ➡ _____

Ogni variazione di polizza richiesta dal Contraente diventa efficace nei confronti della Compagnia solo quando la stessa emetta apposita Appendice di variazione, che diventa parte integrante del contratto, o ne faccia annotazione sull'originale di polizza. Il presente modulo NON ha valore di Appendice di variazione.

Sottoscritta in _____ il _____

Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

Contraente _____ Data e Firma ➡ _____

Intermediario assicurativo _____ Data, Firma e timbro _____

Spazio riservato all'intermediario

Valutazione dell'intermediario ai sensi della normativa antiriciclaggio

- Reticenza nel fornire le informazioni richieste Poca trasparenza della compagine societaria al fine di identificare il titolare effettivo
- Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabili
- Comportamento che non denota anomalie

Da quanto è attivo il rapporto tra il Contraente e l'intermediario? Meno di 1 anno da 1 e 5 anni oltre 5 anni

L'intermediario attesta che l'operazione è coerente rispetto al profilo del Contraente Si No

Per i distributori che attribuiscono al Contraente un profilo di rischio, inserire il profilo di rischio (se disponibile) Molto Basso Basso Medio Alto

Io sottoscritto dichiaro che il presente modulo è stato correttamente compilato e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., il soggetto di cui trattasi (Contraente ovvero Esecutore per suo conto), di aver verificato la veridicità dei relativi dati, di aver acquisito le necessarie informazioni per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela e di aver rilevato il comportamento tenuto dal soggetto di cui trattasi come sopra evidenziato.

Luogo e Data di compilazione _____ Firma leggibile dell'Intermediario ➡ _____

Polizza N. _____

Richiesta di variazioni contrattuali 8.839/A

Codice Mandato Intermediario _____ Codice/Nome Cognome Collocatore _____ Punto Vendita _____

Denominazione Mandato Intermediario _____

Contraente

Cognome e Nome / Denominazione Sociale _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

in caso di Persona Giuridica compilare dati Legale Rappresentante

Cognome _____ Nome _____

Assicurato

Cognome e Nome _____

Data ____/____/____ Luogo di nascita _____ Codice fiscale

Il Contraente chiede di effettuare una delle seguenti operazioni secondo le modalità e nei termini previsti dalle Condizioni Contrattuali in vigore alla data della presente richiesta.

1 Contraente

Aggiornamento dati

- Aggiornamento dati su Persona fisica compilare **BOX A - B - I - L**
- Aggiornamento dati su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - I - L** (modulo Titolari effettivi se l'aggiornamento è relativo ad un TE)

Cambio di contraenza

- Cambio contraenza su Persona fisica compilare **BOX A - B - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**
- Cambio contraenza su Soggetto diverso da Persona fisica compilare **BOX C - D - modulo Titolari effettivi - F (se presente) - G (ove previsto) - H - I - L**

Solo per cambio di contraenza il Contraente in vigore dovrà inoltre comunicare:

Si sta procedendo al cambio di Contraente per Decesso del Contraente? Sì No - specificare il motivo: _____

Il cambio contraenza avviene a titolo gratuito? Sì No - specificare:
origine dei fondi _____ (allegato N)

Specificare mezzo di pagamento _____

Specificare controvalore attribuito dalle parti _____

nel caso in cui ci sia un cambio contraente, qualora sia necessario aggiornare i dati del contraente cedente dovrà essere compilato il modulo 8839B.

In caso il cambio contraenza riguarda un prodotto con pagamenti ricorrenti programmati compilare obbligatoriamente BOX H per variazione dati modalità pagamento.

2 Legale rappresentante

- Aggiornamento dati (compilare **BOX C1 - C2 - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX C1 - C2 - D2 - I - L**)

3 Soggetto Terzo (definizione in allegato I)

- Aggiornamento dati (compilare **BOX F - I - L**) Variazione di ruolo (compilare **BOX F - I - L**)

4 Variazione di conto corrente per accredito di erogazioni periodiche

Variazione (compilare **BOX H - I - L**)

5 Assicurato

Aggiornamento dati (compilare **BOX E - I - L**)

6 Beneficiari

Specificare se:

Vita Morte

E su quale operazione si desidera procedere:

Aggiornamento dati (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**) Cambio beneficiari (compilare **BOX 6 - I - L - BOX 7 se Persona Giuridica**)

*In caso di più Beneficiari specificare nel campo "Motivo del cambio Beneficiario" per quali Beneficiari si richiede la variazione.

Motivo del cambio Beneficiario _____

Beneficiario 1

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 1 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 1 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 2

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 2 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 2 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 3

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 3 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 3 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 3 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 3 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario 4

Cognome (o ragione sociale) _____ Nome _____ % del Beneficio: _____ , _____

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario 4 _____ (allegato D)

Se Beneficiario 4 è una persona fisica: è Persona Politicamente Esposta SI NO se sì, indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**; indicare quali _____

Se Beneficiario 4 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione registro imprese (CCIAA REA) registro delle persone giuridiche, indicare n° _____

Se Beneficiario 4 è una fiduciaria: Mandato n° _____ Intestatario del mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica

Indirizzo di Residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

E-mail _____ Beneficiario escluso dall'invio di comunicazioni prima dell'evento***

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Nel caso di Beneficiari caso morte maggiori di 4 utilizzare modulo dedicato (Modulo di designazione Beneficiari Caso Morte).

In caso di mancata compilazione dei dati anagrafici del beneficiario/i, la Società potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca degli stessi. La modifica o la revoca di uno o più beneficiari deve essere comunicata tempestivamente alla Società.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

Elenco Beneficiari Standard per caso vita

0901 L'ASSICURATO STESSO

0902 IL CONTRAENTE

0903 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO ALA SCADENZA DELLA POLIZZA

0904 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0905 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

Elenco Beneficiari Standard per caso morte

0801 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO

0802 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE

0803 GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0804 GLI EREDI TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

0805 I FIGLI DELL'ASSICURATO NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0806 I GENITORI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0807 I FRATELLI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

0808 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

SOLO PER ZURICH VICEVERSA

0818 GLI EREDI LEGITTIMI DEGLI ASSICURATI IN PARTI UGUALI

0809 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO ED I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0810 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0811 IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO; IN MANCANZA I FIGLI NATI E NASCITURI IN PARTI UGUALI

0812 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DEL DECESSO E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0813 PER IL 50% IL CONIUGE DELL'ASSICURATO AL MOMENTO DELLA DESIGNAZIONE E PER IL RIMANENTE 50% I FIGLI NATI E NASCITURI

0814 IL CONTRAENTE

0815 LA DITTA/SOCIETÀ CONTRAENTE

0819 GLI EREDI TESTAMENTARI DEGLI ASSICURATI; IN MANCANZA GLI EREDI LEGITTIMI IN PARTI UGUALI

7

Titolari effettivi dei beneficiari - Da compilare qualora i beneficiari nominali indicati siano soggetto diversi da persona fisica. Se Beneficiario è una società fiduciaria, compilare modulo a parte per Titolari Effettivi

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
 Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 C.F. [] Data di nascita ____/____/_____
 Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
 Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
 Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 C.F. [] Data di nascita ____/____/_____
 Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
 Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
 Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 C.F. [] Data di nascita ____/____/_____
 Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
 Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

Beneficiario Morte Vita beneficiario numero _____ Titolare Effettivo numero _____
 Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 C.F. [] Data di nascita ____/____/_____
 Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____
 Relazione tra Contraente e titolare effettivo Beneficiario _____ (allegato D)

A

Contraente Persona Fisica - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 C.F. [] Data di nascita ____/____/_____
 Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____
 Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI NO Se SI, TIN/ GIIN: _____
 Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____
 stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____

Indirizzo di residenza/Sede: via, numero civico _____
 C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):

via, numero civico _____
 C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario

Indirizzo di corrispondenza diverso da residenza/sede? SI NO
 Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? SI NO

Presso _____
 via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

B Contraente Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica**B1 - Dati personali**

Il Contraente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (P.E.P. definizione in allegato G): SI NO Se Si: Indicare se in Carica SI NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P. o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

**es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede attività prevalente: Stato _____ Provincia _____

Se è stato selezionato «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività: _____ (Allegato C)

Relazione del nuovo Contraente /Titolare Effettivo con il vecchio Contraente /Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)
(dove previsto dalla forma assicurativa)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto e l'eventuale Esecutore è la seguente: _____ (Allegato D)

B2 - Situazione Finanziaria

Reddito annuo: Fino a 30.000 € Fino a 60.000 € Fino a 100.000 €
(selezionare una sola opzione) Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Oltre 500.000 €

Patrimonio finanziario inclusa la liquidità: Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 €
(selezionare una sola opzione) Fino a 1.000.000 € Oltre 1.000.000 €

B3 - Scopo/Natura del rapporto

Indicare Scopo e Natura del Contratto (selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente):

Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)

Soggetti da Tutelare (selezionare una sola opzione):

Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno

C Contraente diverso da Persona Fisica - Dati anagrafici (Allegare copia del documento di identità valido del Contraente)

Ragione Sociale _____

C.F. Data di costituzione ____/____/____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI NO Se SI: stato residenza 1: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____
stato residenza 2: _____ Codice di Identificazione Fiscale NIF _____

Indirizzo Sede: via, numero civico _____

C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____ Stato _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

Indirizzo di corrispondenza: è vietato fissarlo presso l'Intermediario Indirizzo di corrispondenza diverso da residenza/sede? SI NO

Indirizzo di corrispondenza intestato al contraente? SI NO

Presso _____

via, numero civico _____

C.A.P. di corrispondenza _____ Località di corrispondenza _____ Provincia di corrispondenza _____

Allegare: VISURA CAMERALE ALTRO, specificare _____

C1 - Legale Rappresentante - Dati anagrafici (solo per Contraente diverso da Persona Fisica)
(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
C.F. Data di nascita ____/____/____
Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____ Stato di nascita _____
Indirizzo di residenza: via, numero civico _____
C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza _____ Stato di residenza _____
Indirizzo di domicilio: via, numero civico _____
C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio _____ Stato di domicilio _____
Il Contraente dichiara che la relazione tra il Contraente /Titolare Effettivo e il legale rappresentante è la seguente: _____ (Allegato D)

C2 - Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____
Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____
Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

D Contraente diverso da Persona Fisica - Scheda Adeguata Verifica

D1 - Dati Societari

Indicare se iscrizione: a registro imprese (CCIAA REA), n° iscrizione: _____
 a registro delle persone giuridiche, n° iscrizione: _____

Se è iscritto ad un Albo, specificare:
Autorità: IVASS COVIP CONSOB BANCA D'ITALIA Nessuna
Nome Albo _____ n° Iscrizione _____ Data di iscrizione ____/____/____

Codice prevalente attività svolta, se "Altro" specificare: _____ (Allegato A)
Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____
Tipo Società _____ (Allegato B)
Codice Sottogruppo _____ (allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)
Se il Contraente è una società fiduciaria, indicare il numero di mandato _____
Intestatario mandato fiduciario Persona Fisica Soggetto diverso da Persona Fisica
La Società ha azionariato fiduciario SI NO La Società è quotata SI NO
L'attività d'impresa include relazioni con paesi Esteri? SI NO
Se si, indicare i primi 3 paesi con cui si ha relazione: _____ _____ _____
Specificare il motivo della relazione _____
Se è stato scelto un Beneficiario diverso dall'impresa stessa, specificarne il motivo: _____
Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte. Classe di beneficiari: _____
Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva (definizione in allegato M) SI NO
Relazione del nuovo Contraente /Titolare Effettivo con il vecchio Contraente /Titolare Effettivo: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)
Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)
(dove previsto dalla forma assicurativa)

D2 - Dati Legale Rappresentante

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede prevalente attività svolta: Stato _____ Provincia _____

D3 - Situazione Finanziaria

Indicare il fatturato annuo: Fino a 1.000.000 € Fino a 7.000.000 € Fino a 30.000.000 € Oltre 30.000.000 €
(selezionare una sola opzione)
Patrimonio finanziario inclusa la liquidità: Fino a 100.000 € Fino a 250.000 € Fino a 500.000 € Fino a 1.000.000 €
(selezionare una sola opzione) Fino a 5.000.000 € Fino a 10.000.000 € Fino a 50.000.000 € Oltre 50.000.000 €

D4 - Scopo/Natura del rapporto

Indicare Scopo e Natura del Contratto (selezionare una sola opzione - scopo e natura prevalente):
 Protezione Investimento Risparmio Previdenza Accantonamento (TFM, TFR, ...) Costituzione di garanzia finanziaria (mutui, ...)
Soggetti da Tutelare (selezionare una sola opzione):
 Familiari Dipendenti Altri - Specificare: _____ Nessuno

Dati Titolari Effettivi (definizione in allegato H) da compilare obbligatoriamente per i soggetti diversi dalle persone fisiche

Titolare Effettivo 1 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 1: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 2 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 2: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 3 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 3: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

Titolare Effettivo 4 %partecipazione (Da indicare se qualifica è "socio/proprietario") _____

Cognome _____
Nome _____
Codice Fiscale _____ M F
Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Comune di nascita _____ Prov. _____ Stato di nascita _____
Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)
(Via, numero) _____
Città _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione _____
Tipo documento _____ N. Documento _____
Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/_____
Rilasciato da _____ Luogo di Rilascio _____
Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Si No
Se sì, indicare codice TIN _____
Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Si No Se sì, indicare:
Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____
Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____
Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____
Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____
Si dichiara che il Titolare Effettivo 4: è Persona Politicamente Esposta Si No
Se sì, indicare se è in carica Si No Indicare carica ricoperta* _____
Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P**, indicare quali _____
Qualifica: Fiduciante Disponibile Trust Beneficiario Trust Legale Rappresentante
(selezionare una sola opzione) Socio/Proprietario Altro _____

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione
**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.
N.B.Qualora fossero presenti più di 4 Titolari effettivi, compilare il modulo a parte per i Titolari Effettivi.

I Consenso al trattamento dei dati

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute – saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dal Beneficiario e dal Referente Terzo, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa al Beneficiario/Referente Terzo alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma → _____

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso, al trattamento dei suoi dati personali:

- (b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite SI NO strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato.
- (c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi. SI NO
- (d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, SI NO fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata.

Nome e Cognome/denominazione Nuovo Contraente (in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale)

Contraente _____ Data e Firma → _____

L Dichiarazione del Contraente

Il Contraente dichiara:

- **di aver ricevuto, esaminato con attenzione, ottenuto tutti i chiarimenti richiesti, perfettamente compreso ed accettato integralmente il Documento contenente le informazioni chiave, nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.**

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

→ _____

Intermediario (timbro e firma) → _____

Da compilare solo in caso di presenza Soggetto Terzo

Il sottoscritto _____ (nominativo del Contraente/Legale Rappresentante)

autorizza _____ (nominativo del Soggetto Terzo) ad effettuare il

pagamento del versamento aggiuntivo per suo conto ai sensi dell'art. 57 del regolamento IVASS 44/2019.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Legale Rappresentante → _____

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Soggetto Terzo/Legale Rappresentante → _____

Ogni variazione di polizza richiesta dal Contraente diventa efficace nei confronti della Compagnia solo quando la stessa emetta apposita Appendice di variazione, che diventa parte integrante del contratto, o ne faccia annotazione sull'originale di polizza. Il presente modulo NON ha valore di Appendice di variazione.

Sottoscritta in _____ il _____

Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

Contraente _____ Data e Firma → _____

Intermediario assicurativo _____ Data, Firma e timbro _____

Allegato A

Codice Prevalente Attività Svolta

Persona Fisica

01 Religioso	14 Vigile	27 Ing., Arch., Geom., Periti
02 Agricoltore-Allevatore	15 *Casalinga	28 Agenti, Mediatori, Intermediari
03 Artigiano	16 *Pensionato	29 Funzionario
04 Commerciante	17 *Studente	30 Magistrato
05 Rappresentante	18 Politico-Diplomatico	31 Militare-Ufficiale di Alto Livello
06 Imprenditore	19 Politico-Parlamentare	32 Militare Semplice
07 Operaio	20 Gestore di Immobili/Patrimoni	33 Artista
08 Dirigente	21 Consulente	34 Sportivo Professionista
09 Impiegato	22 Disoccupato	35 Amministratore di stabili
10 Insegnante	23 Medici e Farmacisti	36 Collaboratore
11 Giornalista-Pubblicista	24 Paramedici	37 Alta Dirigenza Statale
12 Libero Professionista	25 Notai, Avvocati	38 Membro Corte dei Conti
13 Autotrasportatore	26 Commercialisti e Ragionieri	39 Membro Cda delle Banche Centrali

* in caso di compilazione attività svolta con questi codici, utilizzare il codice "19-nessuna attività" per l'ambito di attività in allegato C

Soggetto diverso da Persona Fisica

01 Industria	06 No Profit
02 Commercio	07 Trust
03 Credito e Finanza	08 Fiduciaria
04 Ente pubblico	09 Fondo Pensione
05 Impresa Artigiana	10 Altro (specificare)

Allegato B

Codice Tipo Società – Soggetto diverso da Persona Fisica

01 Società di Capitali - Spa	09 Consorzio	17 Raggruppamento temporaneo d'impresa
02 Società di Capitali - Srl	10 Fondazione	18 Impresa familiare
03 Società di Capitali - Saa	11 Cooperativa	19 Piccola società coop. a resp. illim.
04 Società di persone - Semplice	12 Polisportiva	20 Piccola società coop. a resp. lim.
05 Società di persone - Snc	13 Società coop. a resp. lim.	21 Società coop. a resp. illim.
06 Società di persone - Sas	14 Ditta individuale	22 Società a resp. lim. a socio unico
07 Associazione	15 Società anonima straniera	23 Società consortile
08 Condominio	16 Associazione temporanea d'impresa	

Allegato C

Ambito di attività

01 Amministrazioni Pubbliche	apparecchiature	14 Servizi dei trasporti
02 Imprese di assicurazione e fondi pensione	08 Industria alimentare	15 Servizi di locazione immobiliare e ausiliari finanziari
03 Banche ed Intermediari finanziari	09 Tessile	16 Servizi connessi al trattamento dei rifiuti
04 Agricoltura	10 Altri prodotti industriali	17 Servizi sanitari
05 Industria mineraria, energetica, petrolchimica e siderurgica	11 Commercio all'ingrosso	18 Altri servizi destinabili alla vendita
06 Edilizia	12 Commercio al minuto	19 Nessuna Attività
07 Fabbricazione di macchine e	13 Settore alberghiero e della ristorazione	

Allegato D

Relazione

01 Familiare	04 Titolarità effettiva /Socio	08 Relazione d'affari
02 Parente o Affine	05 Dipendente	09 Medesimo soggetto
03 Legale Rappresentanza/ Amministratore	06 Familiare o Parente del Dipendente	10 Altro (specificare)
	07 Delega/Procura/Tutela/Curatela	

Per relazione "familiare" si intende uno dei seguenti rapporti: coniugio, convivenza, filiazione, unione di fatto, unione civile.

Per relazione "parente o affine" si intende un rapporto diverso da familiare e rientrante nelle seguenti categorie: discendenza da uno stesso soggetto, rapporto con parentela del coniuge, del convivente di fatto o in unione civile.

Per le restanti tipologie di relazioni non specificamente previste è necessario fornire nel campo descrittivo ulteriori dettagli circa la relazione tra soggetti (es. beneficenza, liberalità, stretta relazione amicale).

CODICE SOTTOGRUPPO

100	TESORO DELLO STATO	709	AMMINISTRAZIONI LOCALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
101	CASSA DEPOSITI E PRESTITI	713	ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA SOCIALE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
102	AMMINISTRAZIONE STATALE E ORGANI COSTITUZIONALI	714	ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA SOCIALE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
120	AMMINISTRAZIONI REGIONALI	715	AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE E ENTI DI ASSISTENZA E PREVIDENZA DI PAESI EXTRA UE
121	AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI E CITTA METROPOLITANE	717	SOCIETA VEICOLO DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
165	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA	718	SOCIETA VEICOLO DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
166	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI	719	IMPRESE DI INVESTIMENTO SISTEMICHE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
167	ENTI DI RICERCA	723	IMPRESE DI INVESTIMENTO SISTEMICHE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
173	AMMINISTRAZIONI COMUNALI E UNIONI DI COMUNI	724	AUTORITA BANCARIE CENTRALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
174	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI	725	AUTORITA BANCARIE CENTRALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
175	ALTRI ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI SANITARI	726	AUTORITA BANCARIE CENTRALI DEI PAESI EXTRA UE
176	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ECONOMICI E DI REGOLAZIONE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA	727	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
177	ENTI PRODUTTORI DI SERVIZI ASSISTENZIALI, RICREATIVI E CULTURALI	728	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
178	ALTRE AMMINISTRAZIONI LOCALI	729	SISTEMA BANCARIO DEI PAESI EXTRA UE
191	ENTI DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE	753	FONDI COMUNI MONETARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
245	SISTEMA BANCARIO	754	FONDI COMUNI MONETARI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
247	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MONETARIO	755	FONDI COMUNI MONETARI DEI PAESI EXTRA UE
248	ISTITUTI DI MONETA ELETTRONICA	756	ALTRI ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
249	SOCIETA VEICOLO FINANZIARIE PREPOSTE A OPERAZIONI DI CARTOLARIZZAZIONE (SV)	757	SOCIETA NON FINANZIARIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
250	FONDAZIONI BANCARIE	758	SOCIETA NON FINANZIARIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
251	CONTROPARTI CENTRALI DI COMPENSAZIONE	759	SOCIETA NON FINANZIARIE DI PAESI EXTRA UE
257	MERCHANT BANKS	763	ALTRI ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
258	SOCIETA DI LEASING	764	ALTRI ISTITUZIONI FINANZIARIE MONETARIE DEI PAESI EXTRA UE
259	SOCIETA DI FACTORING	765	FONDI COMUNI NON MONETARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
263	SOCIETA DI CREDITO AL CONSUMO	766	FONDI COMUNI NON MONETARI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
264	SOCIETA DI INTERMEDIAZIONE MOBILIARE (SIM)	767	FONDI COMUNI NON MONETARI DEI PAESI EXTRA UE
265	SOCIETA FIDUCIARIE DI GESTIONE	768*	FAMIGLIE PRODUTTRICI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
266	FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO MOBILIARE E SOCIETA DI INVESTIMENTO A CAPITALE VARIABILE (SICAV) E FISSO (SICAF)	769*	FAMIGLIE PRODUTTRICI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
267	ALTRI ORGANISMI DI INVESTIMENTO COLLETTIVO DEL RISPARMIO	770	ISTITUZIONI DELL'UE
268	ALTRE FINANZIARIE	771	ALTRI ORGANISMI
269	IMPRESE DI INVESTIMENTO SISTEMICHE	772*	FAMIGLIE PRODUTTRICI DI PAESI EXTRA UE
270	SOCIETA DI GESTIONE DI FONDI	773*	FAMIGLIE CONSAREA DELL'EUROATRICI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
273	SOCIETA FIDUCIARIE DI AMMINISTRAZIONE	774*	FAMIGLIE CONSAREA DELL'EUROATRICI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
274	ENTI PREPOSTI AL FUNZIONAMENTO DEI MERCATI	775*	FAMIGLIE CONSUMATRICI DI PAESI EXTRA UE
278	ASSOCIAZIONI TRA IMPRESE FINANZIARIE E ASSICURATIVE	776	ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO DIVERSI DALLE SOCIETÀ VEICOLO E DALLE IMPRESE DI INVESTIMENTO SISTEMICHE
279	AUTORITA CENTRALI DI CONTROLLO	778	ALTRI INTERMEDIARI FINANZIARI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO DIVERSI DALLE SOCIETÀ VEICOLO E DALLE IMPRESE DI INVESTIMENTO SISTEMICHE
280	MEDIATORI, AGENTI E CONSULENTI DI ASSICURAZIONE	779	IMPRESE DI ASSICURAZIONE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
283	PROMOTORI FINANZIARI	782	FONDI PENSIONE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
284	ALTRI AUSILIARI FINANZIARI	783	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
285	HOLDING OPERATIVE FINANZIARIE	784	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
289	ISTITUZIONI CAPTIVE DIVERSE DALLE HOLDING DI PARTECIPAZIONE	785	ISTITUZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO AL SERVIZIO DELLE FAMIGLIE DI PAESI EXTRA UE
290	SOCIETÀ DI PARTECIPAZIONE (HOLDING) DI GRUPPI FINANZIARI E NON FINANZIARI	790	IMPRESE DI ASSICURAZIONE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
294	IMPRESE DI ASSICURAZIONE	791	BANCA CENTRALE EUROPEA
295	FONDI DI PENSIONE	794	RAPPRESENTANZE ESTERE
296	ALTRI FONDI PREVIDENZIALI	800	FONDI PENSIONE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
300	BANCA D'ITALIA	801	ALTRE SOCIETA FINANZIARIE DI PAESI EXTRA UE
329	ASSOCIAZIONI BANCARIE	802	HOLDING DI PARTECIPAZIONE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
430	IMPRESE PRODUTTIVE	803	HOLDING DI PARTECIPAZIONE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
432	HOLDING OPERATIVE PRIVATE	804	HOLDING OPERATIVE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
450	ASSOCIAZIONI FRA IMPRESE NON FINANZIARIE	805	HOLDING OPERATIVE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
475	IMPRESE CONTROLLATE DALLE AMMINISTRAZIONI CENTRALI	806	ISTITUZIONI CAPTIVE DIVERSE DALLE HOLDING DI PARTECIPAZIONE DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
476	IMPRESE CONTROLLATE DALLE AMMINISTRAZIONI LOCALI	807	ISTITUZIONI CAPTIVE DIVERSE DALLE HOLDING DI PARTECIPAZIONE DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
477	IMPRESE CONTROLLATE DA ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE	808	ALTRI AUSILIARI FINANZIARI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO
480	UNITA O SOCIETA CON 20 O PIU ADDETTI	809	ALTRI AUSILIARI FINANZIARI DEI PAESI UE NON MEMBRI
481	UNITA O SOCIETA CON PIU DI 5 E MENO DI 20 ADDETTI		
482	SOCIETA CON MENO DI 20 ADDETTI		
490	UNITA O SOCIETA CON 20 O PIU ADDETTI		
491	UNITA O SOCIETA CON PIU DI 5 E MENO DI 20 ADDETTI		
492	SOCIETA CON MENO DI 20 ADDETTI		
500	ISTITUZIONI ED ENTI ECCLESIASTICI E RELIGIOSI		
501	ISTITUZIONI ED ENTI CON FINALITÀ DI ASSISTENZA, BENEFICENZA, ISTRUZIONE, CULTURALI, SINDACALI, POLITICHE, SPORTIVE, RICREATIVE E SIMILI		
600*	FAMIGLIE CONSUMATRICI		
614*	ARTIGIANI		
615*	ALTRE FAMIGLIE PRODUTTRICI		
704	AMMINISTRAZIONI CENTRALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO		
705	AMMINISTRAZIONI CENTRALI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO		
706	AMMINISTRAZIONI DI STATI FEDERATI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO		
707	AMMINISTRAZIONI DI STATI FEDERATI DEI PAESI UE NON MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO		
708	AMMINISTRAZIONI LOCALI DEI PAESI UE MEMBRI DELL'AREA DELL'EURO		

I codici contrassegnati da * sono i soli codici da utilizzare in caso di persona fisica. Se si tratta di artigiani o famiglie produttrici, è necessario indicare anche il Codice Ateco (Allegato F)

CODICE ATECO

011	COLTIVAZIONE DI COLTURE AGRICOLE NON PERMANENTI	264	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI DI ELETTRONICA DI CONSUMO AUDIO E VIDEO	522	ATTIVITA' DI SUPPORTO AI TRASPORTI
012	COLTIVAZIONE DI COLTURE PERMANENTI	265	FABBRICAZIONE DI STRUMENTI E APPARECCHI DI MISURAZIONE, PROVA E NAVIGAZIONE, OROLOGI	531	ATTIVITA' POSTALI CON OBBLIGO DI SERVIZIO UNIVERSALE
013	RIPRODUZIONE DELLE PIANTE	266	FABBRICAZIONE DI STRUMENTI PER IRRADIAZIONE, APPARECCHIATURE ELETTRONICHE ED ELETTROTERAPEUTICHE	532	ALTRE ATTIVITA' POSTALI E DI CORRIERE
014	ALLEVAMENTO DI ANIMALI	267	FABBRICAZIONE DI STRUMENTI OTTICI E ATTREZZATURE FOTOGRAFICHE	551	ALBERGHI E STRUTTURE SIMILI
015	COLTIVAZIONI AGRICOLE ASSOCIATE ALL'ALLEVAMENTO DI ANIMALI: ATTIVITA' MISTA	268	FABBRICAZIONE DI SUPPORTI MAGNETICI ED OTTICI	552	ALLOGGI PER VACANZE E ALTRE STRUTTURE PER BREVI SOGGIORNI
016	ATTIVITA' DI SUPPORTO ALL'AGRICOLTURA E ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA RACCOLTA	271	FABBRICAZIONE DI MOTORI, GENERATORI E TRASFORMATORI ELETTRICI E DI APPARECCHIATURE PER LA DISTRIBUZIONE E IL CONTROLLO DELL'ELETTRICITA'	553	AREE DI CAMPEGGIO E AREE ATTREZZATE PER CAMPER E ROULOTTE
017	CACCIA, CATTURA DI ANIMALI E SERVIZI CONNESSI	272	FABBRICAZIONE DI BATTERIE DI PILE ED ACCUMULATORI ELETTRICI	559	ALTRI ALLOGGI
021	SILVICOLTURA ED ALTRE ATTIVITA' FORESTALI	273	FABBRICAZIONE DI CABLAGGI E APPARECCHIATURE DI CABLAGGIO	561	RISTORANTI E ATTIVITA' DI RISTORAZIONE MOBILE
022	UTILIZZO DI AREE FORESTALI	274	FABBRICAZIONE DI APPARECCHIATURE PER ILLUMINAZIONE	562	FORNITURA DI PASTI PREPARATI (CATERING) E ALTRI SERVIZI DI RISTORAZIONE
023	RACCOLTA DI PRODOTTI SELVATICI NON LEGNOSI	275	FABBRICAZIONE DI APPARECCHI PER USO DOMESTICO	563	BAR E ALTRI ESERCIZI SIMILI SENZA CUCINA
024	SERVIZI DI SUPPORTO PER LA SILVICOLTURA	279	FABBRICAZIONE DI ALTRE APPARECCHIATURE ELETTRICHE	581	EDIZIONE DI LIBRI, PERIODICI ED ALTRE ATTIVITA' EDITORIALI
031	PESCA	281	FABBRICAZIONE DI MACCHINE DI IMPIEGO GENERALE	582	EDIZIONE DI SOFTWARE
032	ACQUACOLTURA	282	FABBRICAZIONE DI ALTRE MACCHINE DI IMPIEGO GENERALE	591	ATTIVITA' DI PRODUZIONE, POST-PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE CINEMATOGRAFICA, DI VIDEO E DI PROGRAMMI TELEVISIVI, REGISTRAZIONI MUSICALI ESONOARE
051	ESTRAZIONE DI ANTRACITE	283	FABBRICAZIONE DI MACCHINE PER L'AGRICOLTURA E LA SILVICOLTURA	592	ATTIVITA' DI REGISTRAZIONE SONORA E DI EDITORIA MUSICALE
052	ESTRAZIONE DI LIGNITE	284	FABBRICAZIONE DI MACCHINE PER LA FORMATURA DEI METALLI E DI ALTRE MACCHINE UTENSILI	601	TRASMISSIONI RADIOFONICHE
061	ESTRAZIONE DI PETROLIO GREGGIO	289	FABBRICAZIONE DI ALTRE MACCHINE PER IMPIEGHI SPECIALI	602	ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E TRASMISSIONI TELEVISIVE
062	ESTRAZIONE DI GAS NATURALE	291	FABBRICAZIONE DI AUTOVEICOLI	611	TELECOMUNICAZIONI FISSE
071	ESTRAZIONE DI MINERALI METALLIFERI FERROSI	292	FABBRICAZIONE DI CARROZZERIE PER AUTOVEICOLI, RIMORCHI E SEMIRIMORCHI	612	TELECOMUNICAZIONI MOBILI
072	ESTRAZIONE DI MINERALI METALLIFERI NON FERROSI	293	FABBRICAZIONE DI PARTI ED ACCESSORI PER AUTOVEICOLI E LORO MOTORI	613	TELECOMUNICAZIONI SATELLITARI
081	ESTRAZIONE DI PIETRA, SABBIA E ARGILLA	301	COSTRUZIONE DI NAVI E IMBARCAZIONI	619	ALTRE ATTIVITA' DI TELECOMUNICAZIONE
089	ESTRAZIONE DI MINERALI DA CAVE E MINIERE NCA	302	COSTRUZIONE DI LOCOMOTIVE E DI MATERIALE ROTABILE FERRO-TRANVIARIO	620	PRODUZIONE DI SOFTWARE, CONSULENZA INFORMATICA E ATTIVITA' CONNESSE
091	ATTIVITA' DI SUPPORTO ALL'ESTRAZIONE DI PETROLIO E DI GAS NATURALE	303	FABBRICAZIONE DI AEROMOBILI, DI VEICOLI SPAZIALI E DEI RELATIVI DISPOSITIVI	631	ELABORAZIONE DEI DATI, HOSTING E ATTIVITA' CONNESSE, PORTALI WEB
099	ATTIVITA' DI SUPPORTO PER L'ESTRAZIONE DA CAVE E MINIERE DI ALTRI MINERALI	304	FABBRICAZIONE DI VEICOLI MILITARI DA COMBATTIMENTO	639	ALTRE ATTIVITA' DEI SERVIZI D'INFORMAZIONE
101	LAVORAZIONE E CONSERVAZIONE DI CARNE E PRODUZIONE DI PRODOTTI A BASE DI CARNE	309	FABBRICAZIONE DI MEZZI DI TRASPORTO NCA	661	ATTIVITA' AUSILIARIE DEI SERVIZI FINANZIARI (ESCLUSE LE ASSICURAZIONI E I FONDI PENSIONE)
102	LAVORAZIONE E CONSERVAZIONE DI PESCE, CROSTACEI E MOLLUSCHI	310	FABBRICAZIONE DI GIOIELLI	662	ATTIVITA' AUSILIARIE DELLE ASSICURAZIONI E DEI FONDI PENSIONE
103	LAVORAZIONE E CONSERVAZIONE DI FRUTTA E ORTAGGI	321	FABBRICAZIONE DI GIOIELLERIA, BIGIOTTERIA E ARTICOLI CONNESSI, LAVORAZIONE DELLE PIETRE PREZIOSE	681	COMPRAVENDITA DI BENI IMMOBILI EFFETTUATA SU BENI PROPRI
104	PRODUZIONE DI OLI E GRASSI VEGETALI E ANIMALI	322	FABBRICAZIONE DI STRUMENTI MUSICALI	682	AFFITTO E GESTIONE DI IMMOBILI DI PROPRIETA' O IN LEASING
105	INDUSTRIA LATTIERO-CASEARIA	323	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI SPORTIVI	683	ATTIVITA' IMMOBILIARI PER CONTO TERZI
106	LAVORAZIONE DELLE GRANAGLIE, PRODUZIONE DI AMIDI E DI PRODOTTI AMIDACEI	324	FABBRICAZIONE DI GIOCHI E GIOCATTOLI	691	ATTIVITA' DEGLI STUDI LEGALI
107	PRODUZIONE DI PRODOTTI DA FORNO E FARNACEI	325	FABBRICAZIONE DI STRUMENTI E FORNITURE MEDICHE E DENTISTICHE	692	CONTABILITA', CONTROLLO E REVISIONE CONTABILE, CONSULENZA IN MATERIA FISCALE E DEL LAVORO
108	PRODUZIONE DI ALTRI PRODOTTI ALIMENTARI	329	INDUSTRIE MANIFATTURIERE NCA	701	ATTIVITA' DI DIREZIONE AZIENDALE
109	PRODUZIONE DI PRODOTTI PER L'ALIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI	331	RIPARAZIONE E MANUTENZIONE DI PRODOTTI IN METALLO, MACCHINE ED APPARECCHIATURE	702	ATTIVITA' DI CONSULENZA GESTIONALE
110	INDUSTRIA DELLE BEVANDE	332	INSTALLAZIONE DI MACCHINE ED APPARECCHIATURE INDUSTRIALI	711	ATTIVITA' DEGLI STUDI DI ARCHITETTURA, INGEGNERIA ED ALTRI STUDI TECNICI
120	INDUSTRIA DEL TABACCO	351	PRODUZIONE, TRASMISSIONE E DISTRIBUZIONE DI ENERGIA ELETTRICA	712	COLLAUDI ED ANALISI TECNICHE
131	PREPARAZIONE E FILATURA DI FIBRE TESSILI	352	PRODUZIONE DI GAS, DISTRIBUZIONE DI COMBUSTIBILI GASSOSI MEDIANTE CONDOTTE	721	RICERCA E SVILUPPO SPERIMENTALE NEL CAMPO DELLE SCIENZE NATURALI E DELL'INGEGNERIA
132	TESSITURA	353	FORNITURA DI VAPORE E ARIA CONDIZIONATA	722	RICERCA E SVILUPPO SPERIMENTALE NEL CAMPO DELLE SCIENZE SOCIALI E UMANISTICHE
133	FINISSAGGIO DEI TESSILI	360	RACCOLTA, TRATTAMENTO E FORNITURA DI ACQUA	731	PUBBLICITA'
139	ALTRE INDUSTRIE TESSILI	370	GESTIONE DELLE RETI FOGNARIE	732	RICERCHE DI MERCATO E SONDAGGI DI OPINIONE
141	CONFEZIONE DI ARTICOLI DI ABBIGLIAMENTO (ESCLUSO ABBIGLIAMENTO IN PELLICCIA)	381	RACCOLTA DEI RIFIUTI	741	ATTIVITA' DI DESIGN SPECIALIZZATE
142	CONFEZIONE DI ARTICOLI IN PELLICCIA	382	TRATTAMENTO E SMALTIMENTO DEI RIFIUTI	742	ATTIVITA' FOTOGRAFICHE
143	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DI MAGLIERIA	383	RECUPERO DEI MATERIALI	743	TRADUZIONI E INTERPRETARIATO
151	PREPARAZIONE E CONCIA DEL CUOIO, FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DA VIAGGIO, BORSE, PELLETTERIA E SELLERIA, PREPARAZIONE E TINTURA DI PELLICCE	390	ATTIVITA' DI RISANAMENTO E ALTRI SERVIZI DI GESTIONE DEI RIFIUTI	749	ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI, SCIENTIFICHE E TECNICHE NCA
152	FABBRICAZIONE DI CALZATURE	411	SVILUPPO DI PROGETTI IMMOBILIARI	750	SERVIZI VETERINARI
161	TAGLIO E PIALLATURA DEL LEGNO	412	COSTRUZIONE DI EDIFICI RESIDENZIALI E NON RESIDENZIALI	771	NOLEGGIO DI AUTOVEICOLI
162	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI IN LEGNO, SUGHERO, PAGLIA E MATERIALI DA INTRECCIO	421	COSTRUZIONE DI STRADE E FERROVIE	772	NOLEGGIO DI BENI PER USO PERSONALE E PER LA CASA
171	FABBRICAZIONE DI PASTA-CARTA, CARTA E CARTONE	422	COSTRUZIONE DI OPERE DI PUBBLICA UTILITA'	773	NOLEGGIO DI ALTRE MACCHINE, ATTREZZATURE E BENI MATERIALI
172	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DI CARTA E CARTONE	429	COSTRUZIONE DI ALTRE OPERE DI INGEGNERIA CIVILE	774	CONCESSIONE DEI DIRITTI DI SFRUTTAMENTO DI PROPRIETA' INTELLETTUALE E PRODOTTI SIMILI (ESCLUSE LE OPERE PROTETTE DAL COPYRIGHT)
181	STAMPA E SERVIZI CONNESSI ALLA STAMPA	431	DEMOLIZIONE E PREPARAZIONE DEL CANTIERE EDILE	781	ATTIVITA' DI AGENZIE DI COLLOCAMENTO
182	RIPRODUZIONE DI SUPPORTI REGISTRATI	432	INSTALLAZIONE DI IMPIANTI ELETTRICI, IDRAULICI ED ALTRI LAVORI DI COSTRUZIONE E INSTALLAZIONE	782	ATTIVITA' DELLE AGENZIE DI LAVORO TEMPORANEO (INTERINALE)
191	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI DI COKERIA	433	COMPLETAMENTO E FINITURA DI EDIFICI	783	ALTRE ATTIVITA' DI FORNITURA E GESTIONE DI RISORSE UMANE
192	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI DERIVANTI DALLA RAFFINAZIONE DEL PETROLIO	439	ALTRI LAVORI SPECIALIZZATI DI COSTRUZIONE	791	ATTIVITA' DELLE AGENZIE DI VIAGGIO E DEI TOUR OPERATOR
201	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI CHIMICI DI BASE, DI FERTILIZZANTI E COMPOSTI AZOTATI, DI MATERIE PLASTICHE E GOMMA SINTETICA IN FORME PRIMARIE	451	COMMERCIO DI AUTOVEICOLI	799	ALTRI SERVIZI DI PRENOTAZIONE E ATTIVITA' CONNESSE
202	FABBRICAZIONE DI AGROFARMACI E DI ALTRI PRODOTTI CHIMICI PER L'AGRICOLTURA	452	MANUTENZIONE E RIPARAZIONE DI AUTOVEICOLI	801	SERVIZI DI VIGILANZA PRIVATA
203	FABBRICAZIONE DI PITTURE, VERNICI E SMALTI, INCHIOSTRI DA STAMPA E ADESIVI SINTETICI (MASTICI)	453	COMMERCIO DI PARTI E ACCESSORI DI AUTOVEICOLI	802	SERVIZI CONNESSI AI SISTEMI DI VIGILANZA
204	FABBRICAZIONE DI SAPONI E DETERGENTI, DI PRODOTTI PER LA PULIZIA E LA LUCIDATURA, DI PROFUMI E COSMETICI	454	COMMERCIO, MANUTENZIONE E RIPARAZIONE DI MOTOCICLI E RELATIVE PARTI ED ACCESSORI	803	SERVIZI INVESTIGATIVI PRIVATI
205	FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI CHIMICI	461	INTERMEDIARI DEL COMMERCIO	811	SERVIZI INTEGRATI DI GESTIONE AGLI EDIFICI
206	FABBRICAZIONE DI FIBRE SINTETICHE E ARTIFICIALI	462	COMMERCIO ALL'INGROSSO DI MATERIE PRIME AGRICOLE E DI ANIMALI VIVI	812	ATTIVITA' DI PULIZIA E DISINFESTAZIONE
211	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI FARMACEUTICI DI BASE	463	COMMERCIO ALL'INGROSSO DI PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE E PRODOTTI DEL TABACCO	813	CURA E MANUTENZIONE DEL PAESAGGIO
212	FABBRICAZIONE DI MEDICINALI E PREPARATI FARMACEUTICI	464	COMMERCIO ALL'INGROSSO DI BENI DI CONSUMO FINALE	821	ATTIVITA' DI SUPPORTO PER LE FUNZIONI D'UFFICIO
221	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI IN GOMMA	465	COMMERCIO ALL'INGROSSO DI APPARECCHIATURE ICT	822	ATTIVITA' DEI CALL CENTER
222	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI IN MATERIE PLASTICHE	466	COMMERCIO ALL'INGROSSO DI ALTRI MACCHINARI, ATTREZZATURE E FORNITURE	823	ORGANIZZAZIONE DI CONVEGNI E FIERE
231	FABBRICAZIONE DI VETRO E DI PRODOTTI IN VETRO	467	COMMERCIO ALL'INGROSSO SPECIALIZZATO DI ALTRI PRODOTTI	829	SERVIZI DI SUPPORTO ALLE IMPRESE NCA
232	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI REFRATTARI	469	COMMERCIO ALL'INGROSSO NON SPECIALIZZATO	851	ISTRUZIONE PRESCOLASTICA
233	FABBRICAZIONE DI MATERIALI DA COSTRUZIONE IN TERRACOTTA	471	COMMERCIO AL DETTAGLIO IN ESERCIZI NON SPECIALIZZATI	852	ISTRUZIONE PRIMARIA
234	FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI IN PORCELLANA E IN CERAMICA	472	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE E TABACCO IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	853	ISTRUZIONE SECONDARIA
235	PRODUZIONE DI CEMENTO, CALCE E GESSO	473	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI CARBURANTE PER AUTOTRAZIONE IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	854	ISTRUZIONE POST-SECONDARIA UNIVERSITARIA E NON UNIVERSITARIA
236	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI IN CALCESTRUZZO, CEMENTO E GESSO	474	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI APPARECCHIATURE INFORMATICHE E PERLE TELECOMUNICAZIONI (ICT) IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	855	ALTRI SERVIZI DI ISTRUZIONE
237	TAGLIO, MODELLATURA E FINITURA DI PIETRE	475	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI ALTRI PRODOTTI PER USO DOMESTICO IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	856	ATTIVITA' DI SUPPORTO ALL'ISTRUZIONE
239	FABBRICAZIONE DI PRODOTTI ABRASIVI E DI PRODOTTI IN MINERALI NON METALLIFERI NCA	476	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI ARTICOLI CULTURALI E RICREATIVI IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	861	SERVIZI OSPEDALIERI
241	SIDERURGIA	477	COMMERCIO AL DETTAGLIO DI ALTRI PRODOTTI IN ESERCIZI SPECIALIZZATI	862	SERVIZI DEGLI STUDI MEDICI E ODONTOIATRICI
242	FABBRICAZIONE DI TUBI, CONDOTTI, PROFILATI CAVI E RELATIVI ACCESSORI IN ACCIAIO (ESCLUSI QUELLI IN ACCIAIO COLATO)	478	COMMERCIO AL DETTAGLIO AMBULANTE	869	ALTRI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA
243	FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI DELLA PRIMA TRASFORMAZIONE DELL'ACCIAIO	479	COMMERCIO AL DETTAGLIO AL DI FUORI DI NEGOZI, BANCHI E MERCATI	871	STRUTTURE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA RESIDENZIALE
244	PRODUZIONE DI METALLI DI BASE PREZIOSI E ALTRI METALLI NON FERROSI, TRATTAMENTO DEI COMBUSTIBILI NUCLEARI	491	TRASPORTO FERROVIARIO DI PASSEGGERI (INTERURBANO)	872	STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI MENTALI, DISTURBI MENTALI O CHE ABUSANO DI SOSTANZE STUPEFACENTI
245	FONDERIE	492	TRASPORTO FERROVIARIO DI MERCI	873	STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI
251	FABBRICAZIONE DI ELEMENTI DA COSTRUZIONE IN METALLO	493	ALTRI TRASPORTI TERRESTRI DI PASSEGGERI	879	ALTRE STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE
252	FABBRICAZIONE DI CISTERNE, SERBATOI, RADIATORI E CONTENITORI IN METALLO	494	TRASPORTO DI MERCI SU STRADA E SERVIZI DI TRASLOCO	881	ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI
253	FABBRICAZIONE DI GENERATORI DI VAPORE (ESCLUSI I CONTENITORI IN METALLO PER CALDAIE PER IL RISCALDAMENTO CENTRALE AD ACQUA CALDA)	495	TRASPORTO MEDIANTE CONDOTTE	889	ALTRE ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE
254	FABBRICAZIONE DI ARMI E MUNIZIONI	501	TRASPORTO MARITTIMO E COSTIERO DI PASSEGGERI	900	ATTIVITA' CREATIVE, ARTISTICHE E DI INTRATTENIMENTO
255	FUCINATURA, IMBUTITURA, STAMPAGGIO E PROFILATURA DEI METALLI, METALLURGIA DELLE POLVERI	502	TRASPORTO MARITTIMO E COSTIERO DI MERCI	910	ATTIVITA' DI BIBLIOTECHE, ARCHIVI, MUSEI ED ALTRE ATTIVITA' CULTURALI
256	TRATTAMENTO E RIVESTIMENTO DEI METALLI, LAVORI DI MECCANICA GENERALE	503	TRASPORTO DI PASSEGGERI PER VIE D'ACQUA INTERNE	920	ATTIVITA' RIGUARDANTI LE LOTTERIE, LE SCOMMESSE, LE CASE DA GIOCO
257	FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DI COLTELLERIA, UTENSILI E OGGETTI DI FERRAMENTA	504	TRASPORTO DI MERCI PER VIE D'ACQUA INTERNE	931	ATTIVITA' SPORTIVE
259	FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI IN METALLO	511	TRASPORTO AEREO DI PASSEGGERI	932	ATTIVITA' RICREATIVE E DI DIVERTIMENTO
261	FABBRICAZIONE DI COMPONENTI ELETTRONICI E SCHEDE ELETTRONICHE	512	TRASPORTO AEREO DI MERCI E TRASPORTO SPAZIALE	941	ATTIVITA' DI ORGANIZZAZIONI ECONOMICHE, DI DATORI DI LAVORO E PROFESSIONALI
262	FABBRICAZIONE DI COMPUTER E UNITA' PERIFERICHE	521	MAGAZZINAGGIO E CUSTODIA	942	ATTIVITA' DEI SINDACATI DI LAVORATORI DIPENDENTI
263	FABBRICAZIONE DI APPARECCHIATURE PER TELECOMUNICAZIONI			949	ATTIVITA' DI ALTRE ORGANIZZAZIONI ASSOCIATIVE

Allegato G

DEFINIZIONE Persona Politicamente Esposta

Ai sensi dell'Art. 1 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i si definiscono **P.E.P "persone politicamente esposte"**:

le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

- 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
- 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
- 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

I soggetti obbligati applicano sempre misure di adeguata verifica rafforzata della clientela in caso di rapporti continuativi o operazioni con clienti e relativi titolari effettivi che siano persone politicamente esposte, salve le ipotesi in cui le predette persone politicamente esposte agiscono in veste di organi delle pubbliche amministrazioni. In dette ipotesi, i soggetti obbligati adottano misure di adeguata verifica della clientela commisurate al rischio in concreto rilevato.

1.7 componente 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;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte:

i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Allegato H

DEFINIZIONE Titolare Effettivo

Ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche 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. Ai sensi dell'Art. 20 del D.Lgs citato, i Criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche sono i seguenti:

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche 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.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
 - b) 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.
3. 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:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

- a) i fondatori, ove in vita;
- b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
- c) i titolari di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione.

5. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari, conformemente ai rispettivi assetti organizzativi o statutari, di poteri di rappresentanza legale, amministrazione o direzione della società o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo (nonché, con specifico riferimento al titolare effettivo individuato ai sensi del comma 5, delle ragioni che non hanno consentito di individuare il titolare effettivo ai sensi dei commi 1, 2, 3 e 4 del presente articolo).

Allegato I

DEFINIZIONE Soggetto Terzo

Si definisce Soggetto Terzo, un soggetto, persona fisica, diverso dal contraente e dal legale rappresentante che ricopre nel contratto il ruolo di Soggetto Esecutore o Soggetto che adempie all'obbligo di pagamento del premio.

Soggetto Esecutore (ai sensi dell'Art. 2 del Reg. IVASS n. 44/2019): il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario o il soggetto cui siano conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario; ove il soggetto non sia una persona fisica, la persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del cliente;

Soggetto che adempie all'obbligo di pagamento del premio: il soggetto che esegue il pagamento del premio ovvero l'intestatario del conto corrente se diverso dal contraente o il soggetto che firma l'assegno. Nel caso di pagamento effettuato tramite bonifico bancario, il contraente è tenuto a comunicare la relazione intercorrente con il terzo pagatore, il quale viene registrato come controparte dell'operazione. Si ricorda che, nel caso di versamenti aggiuntivi che il contraente non è obbligato contrattualmente a corrispondere, il soggetto che adempie al pagamento del premio deve comunque essere dotato di specifico potere di rappresentanza.

Allegato J

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Ai sensi dell'Art. 22 del D.Lgs 231/2007 e s.m.i 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.

Per le finalità di cui al sopra citato decreto, le imprese dotate di personalità

giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

Allegato K

ALTRI OBBLIGHI

Obbligo di astensione: Quando le imprese non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela, si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo ovvero dall'eseguire l'operazione.

Nel caso l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, le imprese si astengono dall'effettuare modifiche contrattuali, dall'accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

SANZIONI: Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, in occasione

dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.

Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i, 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.

Allegato L

FATCA (Foreign Account TAC Compliance ACT) e CRS (Common Reporting Standard)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., e dell'emanazione della legge di ratifica dell'accordo con i Paesi esteri aderenti allo scambio di informazioni, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.) e dei Paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità estera.

La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche

informazioni anagrafiche ed una autovalutazione sottoscritta dal Cliente (se persona fisica) o dall'esecutore (per le persone giuridiche), riportate nel presente modulo. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato. Il soggetto si impegna a notificare tempestivamente alla Compagnia ogni eventuale variazione.

Allegato M

DEFINIZIONE Entità non finanziaria Passiva

Questa espressione indica un'entità non finanziaria (es. imprese manifatturiere, edilizia, agricoltura, commercio al dettaglio, servizi pubblici, servizi sanitari, servizi di istruzione, servizi sociali) i cui redditi lordi siano rappresentati per più del 50% da redditi passivi (es. dividendi, interessi, reddito equivalente a interessi, affitti e royalties) e i cui valori patrimoniali siano rappresentati per più del 50% da valori patrimoniali che producono redditi passivi. Non possono considerarsi entità non finanziarie passive i seguenti soggetti:

- entità quotata in borsa o collegata ad un'entità quotata in borsa;
- entità statale, organizzazione internazionale, o banca centrale;
- holding appartenente ad un gruppo non finanziario;
- entità "start-up", ossia un'entità che non esercita ancora un'attività economica e non l'ha esercitata in passato (questa eccezione non può

applicarsi decorsi 24 mesi dalla data di costituzione iniziale)

- entità in liquidazione o che sta uscendo dal fallimento;
- centro di tesoreria appartenente ad un gruppo non finanziario;
- entità senza scopo di lucro che presenta congiuntamente le seguenti caratteristiche: i) è costituita e gestita nella sua giurisdizione di residenza, ii) è esonerata dall'imposta sul reddito nella sua giurisdizione di residenza; iii) non è consentito che il reddito o il patrimonio siano distribuiti o destinati a beneficio di un privato o di un'entità non caritatevole, se non nell'ambito degli scopi di natura caritatevole dell'entità stessa, iv) all'atto della sua liquidazione o del suo scioglimento, tutto il patrimonio sia distribuito a un'entità statale o altra organizzazione senza scopo di lucro.

Allegato N

Origine dei fondi

01 Stipendio

02 Pensione

03 Risparmi

04 Disinvestimento/Liquidazione di strumenti finanziari o altri investimenti

05 Reimpiego polizza Vita Zurich

06 Eredità / Lascito / Donazione

07 Vendita Beni Mobili/Immobili

08 Scudo Fiscale/Voluntary Disclosure

09 Reddito di impresa

10 Reddito da capitale

11 Rendita da Immobili

12 Dividendi

13 Altro (Specificare)

Variazioni contrattuali e documentazione richiesta

	Variazione di Contraente			Variazione di Beneficiario	Variazione o identificazione Soggetto Terzo	Variazione Legale Rappresentante	Variazione conto corrente	Aggiornamento dati Contraente (quando non varia)	Aggiornamento dati Assicurato
	Persona Fisica	Soggetto diverso da Persona Fisica	Decesso						
Modulo di richiesta di variazioni contrattuali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Copia documento di riconoscimento del contraente cedente	<input checked="" type="checkbox"/>								
Copia documento di riconoscimento del contraente cessionario	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Copia documento di riconoscimento del contraente (quando quest'ultimo non varia)				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Copia documento di riconoscimento del vecchio legale rappresentante del contraente persona giuridica		<input checked="" type="checkbox"/>							
Copia documento di riconoscimento del nuovo legale rappresentante del contraente persona giuridica		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			
Certificato di morte del contraente			<input checked="" type="checkbox"/>						
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà redatta davanti ad un segretario comunale dove risultino le generalità degli eredi legittimi			<input checked="" type="checkbox"/>						
Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi legittimi che designano il nuovo Contraente il quale firma per accettazione			<input checked="" type="checkbox"/>						
Copia del documento d'identità di tutti gli eredi legittimi			<input checked="" type="checkbox"/>						
Visura camerale (non più vecchia di 6 mesi) del contraente cedente persona giuridica		<input checked="" type="checkbox"/>							
Visura camerale (non più vecchia di 6 mesi) del contraente cessionario persona giuridica		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>			
Visura camerale (non più vecchia di 6 mesi) del contraente (quando quest'ultimo non varia)								<input checked="" type="checkbox"/>	
Identificazione dei titolari effettivi (se presenti)		<input checked="" type="checkbox"/>							
Modulo W9/W8 BEN-E da compilare in conformità alla normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Delega e documento di riconoscimento dell'eventuale esecutore (Soggetto Terzo)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				