

Richiesta di pagamento

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A. Gestione Operativa - Canali Tradizionali
Via G. B. Cassinis 21 - 20139 Milano

POLIZZA N. _____

Intermediario _____

Codice Intermediario _____

Contraente

Cognome e nome – Ragione Sociale

Prodotto

Codice Descrizione

Con la presente si richiede il pagamento della prestazione assicurata sulla polizza in oggetto per:
(barrare la casella relativa all'operazione richiesta)

RISCATTO TOTALE SCADENZA RISCATTO PARZIALE MORTE DELL'ASSICURATO

ALTRO (specificare) _____

In caso di Riscatto Parziale indicare l'importo richiesto: _____

con la seguente modalità (barrare la casella prescelta):

bonifico su c/c intestato a: _____ IBAN: _____

assegno intestato agli aventi diritto;

altro (specificare) _____

Si allegano i seguenti documenti (sono necessari, se previsti dalle Condizioni contrattuali della polizza, quelli per i quali, in base al tipo di operazione richiesta, è riportata nel prospetto sottostante la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato).

| | Risc. Tot. | Risc. Parz. | Scadenza | Morte |
|--|------------|-------------|----------|-------|
| Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (se persona diversa dall'avente diritto) | SI | SI | SI | |
| Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento d'identità del Contraente | SI | SI | | |
| Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento d'identità degli aventi diritto e loro coordinate bancarie (Banca e codice IBAN di ciascuno). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale da ciascun avente diritto | | | SI | SI |
| Dichiarazione se le somme vengono percepite nell'ambito dell'attività d'impresa (per contratti stipulati dal 01/01/2001) | SI | SI | SI | SI |
| In caso di aventi diritto minorenni o incapaci, copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa | | | SI | SI |
| Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o è stata diagnosticata la malattia | | | | SI |
| Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice | | | | SI |
| Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL (solo per contratti temporanei in caso di morte) | | | | SI |
| Documentazione attestante la designazione dei Beneficiari e relativa documentazione in funzione della loro qualità di eredi legittimi/testamenti (Atto di notorietà) o soggetti specificatamente individuati (Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà) da cui risulti che l'Assicurato è deceduto lasciando o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà | | | | SI |
| Relazione del medico curante (redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società) dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici; copia della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura (solo per contratti temporanei in caso di morte) | | | | SI |
| Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria se il decesso è connesso a causa violenta (infortunio, omicidio o suicidio) - solo per contratti temporanei in caso di morte. | | | | SI |

| | Risc. Tot. | Risc. Parz. | Scadenza | Morte |
|---|------------|-------------|----------|-------|
| Copia di un documento attestante la cessazione del rapporto di lavoro del lavoratore dipendente/del contratto di mandato, nonché l'ammontare del TFR/TFM da liquidare | SI | | | |
| Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i Legale/i Rappresentante/i aggiornata a 60 giorni (solo in caso di Contraente persona giuridica) | SI | SI | SI | |
| In caso di polizza a pegno o vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario | SI | SI | SI | SI |

Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e sempreché risulti ancora in corso di validità.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sul Contraente/sugli aventi diritto.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire ad Helvetia Vita S.p.A. tutte le indagini e gli accertamenti che ritenga necessari al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di decesso.

La Società potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Attenzione: le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Luogo a data

Firma degli Aveni Diritto

Firma dell'Intermediario (per l'autenticità delle firme)

Firma degli Aveni Diritto

PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy (di seguito Regolamento) e in relazione ai dati personali che Lei comunica alla Compagnia direttamente (es. tramite siti internet, portali, social media) o che sono da questa raccolti tramite la rete di Intermediari e che formeranno oggetto di trattamento¹, La informiamo di quanto segue:

1. Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia del Gruppo Helvetia Italia alla quale fornisce i Suoi dati personali:

- Helvetia Vita S.p.A. - Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A., con sede in via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano.

2. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è diretto all'espletamento delle attività amministrativo-contabili (di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile), e di quelle attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa, alla quale il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, quali a titolo non esaustivo, la conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei contratti in essere, raccolta dei premi, riassicurazione, coassicurazione, gestione e liquidazione dei sinistri, liquidazione per altre cause, prestazioni a scadenza, recupero dei crediti, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, nonché per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio.

In relazione alla suddetta finalità, il trattamento dei dati personali viene effettuato:

- anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- dall'organizzazione del Titolare tramite dipendenti e collaboratori nominati, "incaricati" nell'ambito delle rispettive funzioni aziendali;
- da soggetti esterni a tale organizzazione facenti parte della catena assicurativa, come sotto definita, o da società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi, come Titolari autonomi del trattamento o come responsabili esterni del trattamento.

3. Destinatari dei dati

I dati personali possono essere comunicati dal Titolare:

- per le finalità di cui al punto 2 a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori); intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione); banche e SIM; fornitori terzi (legali, medici legali, cliniche, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri, il recupero dei crediti, il controllo delle frodi, le indagini sul grado di soddisfazione delle clientela, nonché società di servizi informatici, di factoring, di revisione contabile e certificazione del bilancio, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dello sviluppo economico, MEF, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, CONSOB, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, INPS, INAIL ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Ministero delle Infrastrutture – Motorizzazione Civile);
- per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi della normativa in materia di prevenzione del riciclaggio, alle altre Compagnie del Gruppo Helvetia Italia.

4. Trasferimento dei dati verso Paesi terzi

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso quei Paesi terzi che garantiscono un adeguato livello di protezione sostanzialmente equivalente a quello assicurato all'interno dell'Unione, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea.

5. Periodo di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati secondo i seguenti criteri:

- per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge (es. conservazione documentale);
- per il tempo strettamente necessario alla prestazione di eventuali servizi da Lei richiesti;
- per il tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, indicate al punto 2.

6. Diritti dell'Interessato

Il Regolamento Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di chiedere al Titolare del trattamento:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento di Suoi dati personali e, in tal caso, di ottenerne l'accesso (diritto di accesso), ex art. 15 del Regolamento;
- la rettifica dei dati personali inesatti, o l'integrazione dei dati personali incompleti (diritto di rettifica), ex art. 16 del Regolamento;
- la cancellazione dei dati stessi, se sussiste uno dei motivi previsti dal Regolamento (diritto all'oblio), ex art. 17 del Regolamento;
- la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dal Regolamento (diritto di limitazione), ex art. 18 del Regolamento;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali da Lei forniti al Titolare e di trasmettere tali dati a un altro Titolare del trattamento (diritto alla portabilità), ex art. 20 del Regolamento.

¹ Trattamento: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con, o senza, l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, o a insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

Lei ha, inoltre, il diritto di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca e di opporsi in qualsiasi momento al trattamento per finalità di marketing e/o di profilazione connessa al marketing (diritto di opposizione), ex art. 21 del Regolamento.

Per esercitare i diritti, può rivolgere richiesta al Responsabile della Protezione dei Dati, mediante lettera raccomandata all'indirizzo della Compagnia, telefax (n. 02.5351.969) o posta elettronica (privacy@helvetia.it).

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento.

7. Comunicazione dei dati e conseguenze del rifiuto

Ferma la Sua autonomia, la comunicazione dei dati personali al Titolare ed il loro trattamento è:

- a) strettamente necessaria allo svolgimento delle attività descritte al punto 2;
- b) obbligatoria in base a leggi, regolamenti, normative nazionali o comunitarie.

L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati ed autorizzarne il trattamento comporta l'impossibilità di adempiere, prima della conclusione del contratto, a Sue specifiche richieste, di concludere nuovi contratti di assicurazione ed eseguire i relativi obblighi e di gestire e liquidare i sinistri.

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016 (da compilare in caso di richiesta di pagamento per scadenza o per decesso dell'Assicurato)

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

dà nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 2 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato al punto 3 della stessa informativa.

Data

Firma di ogni Interessato

Monitoraggio dati ai fini Antiriciclaggio, Accordo FATCA e Disposizioni CRS

Intermediario: _____

Cognome e Nome / Ragione Sociale e Codice Prodotto: _____

N. Polizza: _____

Istruzioni per la compilazione del modulo:

nel caso in cui il beneficiario dell'operazione coincida con il contraente, deve essere compilata la sezione "Contraente" del modulo;

nel caso in cui il beneficiario dell'operazione **non** coincida con il contraente deve essere compilata la sezione "Beneficiario" per il numero dei beneficiari coinvolti.

CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente (o il suo Delegato), sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati di seguito rilevanti ai seguenti fini: normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

Contraente

Cognome e Nome / Ragione Sociale:

Codice Fiscale / Partita IVA:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza / Sede Legale:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Cittadinanza:

E-mail:

Cell:

Compilare se l'indirizzo di corrispondenza è differente da quello di residenza

Indirizzo di corrispondenza:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

▪ **In caso di Contraente persona fisica**

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

Professione:

SAE (Sottogruppo Attività Economica): 600 Famiglie Consumatrici

Disponibilità finanziaria:

Capacità di risparmio annuo (in caso di premi annui) oppure il suo patrimonio disponibile all'investimento (in caso di premi unici o premi unici ricorrenti)?

Fino a 15.000 €

oltre 15.000 e fino a 75.000 €

Oltre 75.000 €

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO

U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S Person SI):

Persona politicamente esposta (PEP): SI NO

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.

▪ **In caso di Contraente persona giuridica**

SAE (Sottogruppo Attività Economica):

ATECO:

Disponibilità finanziaria:

Capacità di risparmio annuo (in caso di premi annui) oppure il suo patrimonio disponibile all'investimento (in caso di premi unici o premi unici ricorrenti)?

Fino a 50.000 € oltre 50.000 e fino a 250.000 € Oltre 250.000 €

Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi relativi al contratto:

Società quotata su un mercato regolamentato (Rif. Direttiva 2004/39/CE): SI NO

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO

U.S. EIN (obbligatorio in caso di U.S Person): SI NO

Luogo attività lavorativa diversa da sede legale: SI NO

Indirizzo:

Cap: Città: Provincia: Nazione:

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.

Delegato ad operare (Rappresentante Legale)

Cognome/Nome:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residente in:

Cap: Città:

Provincia:

Numero:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

Professione:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO

U.S TIN (obbligatorio in caso di U.S Person):

Persona politicamente esposta (PEP): SI NO

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.

Legame tra Contraente e Delegato

procuratore dipendente azionista socio

altro legame (specificare obbligatoriamente)

Titolare effettivo (solo se Contraente persona giuridica)

il Delegato stesso

Cognome e Nome 1:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Cap: Città:

Provincia:

Numero:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO

U.S TIN (obbligatorio in caso di U.S Person):

Persona politicamente esposta (PEP): SI NO

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale* (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Cognome e Nome 2:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):****Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): **Cognome e Nome 3:**

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):****Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): **Cognome e Nome 4:**

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):****Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):**Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.**

Luogo e data:

Contraente (o il suo Delegato) _____
(Firma)

BENEFICIARIO

Il sottoscritto Beneficiario (o Delegato), sotto la propria responsabilità, dichiara la veridicità dei dati di seguito rilevanti ai seguenti fini: normativa in materia di antiriciclaggio (D. Lgs. 90/2017 e successive modifiche e integrazioni), Accordo FATCA sottoscritto in data 10/01/2014 tra Italia e Stati Uniti, Disposizioni CRS (Common Reporting Standard per lo scambio automatico di informazioni aventi valenza fiscale tra i Paesi aderenti all'accordo OCSE) in vigore dall'01.01.2016.

Beneficiario

Cognome e Nome / Ragione Sociale:

Codice Fiscale / Partita IVA:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza / Sede Legale:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Compilare se l'indirizzo di corrispondenza è differente da quello di residenza

Indirizzo di corrispondenza:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

▪ In caso di Beneficiario persona fisica

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

Professione:

SAE (Sottogruppo Attività Economica): 600 Famiglie Consumatrici

U.S. Person soggetta a FATCA: SI NO

U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):

Persona politicamente esposta (PEP): SI NO

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale* (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.

▪ In caso di Beneficiario persona giuridica

SAE (Sottogruppo Attività Economica):

ATECO:

Società quotata su un mercato regolamentato (Rif. Direttiva 2004/39/CE): SI NO

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO

U.S. EIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):

Luogo attività lavorativa diversa da sede legale): SI NO

Indirizzo:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS): SI NO

Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):

Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.

Delegato ad operare (Rappresentante Legale)

Cognome/Nome:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residente in:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio: _____ Data scadenza: _____

Professione: _____

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN** (obbligatorio in caso di U.S. Person): _____**Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): _____**Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.****Legame tra Beneficiario e Contraente:**Compilare se Beneficiario persona fisica coniuge figlio convivente genitore nessun legame di parentela altro legame di parentela (specificare obbligatoriamente)Compilare se Beneficiario persona giuridica: procuratore dipendente azionista socio
 altro legame (specificare obbligatoriamente)**Titolare effettivo**
(solo se Beneficiario persona giuridica) il Delegato stesso **Cognome e Nome 1:**

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Sesso: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Numero: _____

Cap: _____ Città: _____

Provincia: _____

Nazione: _____

Documento di identificazione: _____

N. documento: _____

Ente di rilascio: _____

Comune di rilascio: _____

Prov.: _____

Data rilascio: _____

Data scadenza: _____

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN** (obbligatorio in caso di U.S. Person): _____**Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): _____ **Cognome e Nome 2:**

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Sesso: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Numero: _____

Cap: _____ Città: _____

Provincia: _____

Nazione: _____

Documento di identificazione: _____

N. documento: _____

Ente di rilascio: _____

Comune di rilascio: _____

Prov.: _____

Data rilascio: _____

Data scadenza: _____

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S. Person):** _____**Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): _____

Cognome e Nome 3:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S Person):****Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple): **Cognome e Nome 4:**

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Sesso:

Luogo di nascita:

Residenza:

Numero:

Cap: Città:

Provincia:

Nazione:

Documento di identificazione:

N. documento:

Ente di rilascio:

Comune di rilascio:

Prov.:

Data rilascio:

Data scadenza:

U.S. Person Soggetta a FATCA: SI NO**U.S. TIN (obbligatorio in caso di U.S Person):****Persona politicamente esposta (PEP):** SI NO**Ulteriori domicili fiscali diversi da Italia e U.S.A. (CRS):** SI NO**Nazioni di domicilio e Codice identificativo fiscale*** (obbligatorio per domicili fiscali esteri CRS – possibili risposte multiple):***Nota: la mancata compilazione del codice identificativo fiscale equivale alla dichiarazione di "non rilascio" da parte della Nazione considerata.**

Luogo e data:

Beneficiario (o il suo Delegato) _____
(Firma)

ESTRATTO NORMATIVA

OBBLIGHI DEL CLIENTE: ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. n. 90/2017 clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

TITOLARE EFFETTIVO: ai sensi dell'Art. 20 del D. Lgs. n. 90/2017 e delle disposizioni regolamentari emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore per titolare effettivo si intende:

1. in caso di società:
 - a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale sia superiore al 25 per cento di partecipazione al capitale sociale). Qualora l'applicazione dei criteri suddetti non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione dell'entità giuridica.
2. in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust e le società fiduciarie, che amministrano e distribuiscono fondi sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - d) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE: ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. n. 90/2017 e delle disposizioni regolamentari emanate dall'Autorità di Vigilanza di settore sono le persone fisiche residenti sul territorio nazionale, in altri stati comunitari o extra comunitari, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1. per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
 - a) 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;
 - b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - d) 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;
 - e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - g) 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;
 - h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
2. per familiari diretti si intendono il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili, i genitori;
3. ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al punto 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1; qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al punto 1;
4. senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno, i soggetti destinatari del decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

FATCA designa la normativa statunitense finalizzata a contrastare l'evasione fiscale da parte dei contribuenti americani detentori di investimenti estero. In virtù dell'accordo sottoscritto dai Governi di Italia e Stati Uniti il 10.01.2014 in tema FATCA, che prevede il reciproco scambio di informazioni finanziarie a partire dal 01.07.2014, gli intermediari finanziari italiani sono tenuti a identificare e segnalare alla propria autorità fiscale i clienti aventi residenza fiscale statunitense.

CRS (Common Reporting Standard o Scambio Automatico di Informazioni)

Quadro di riferimento sviluppato dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) che individua una normativa basata su accordi multilaterali tra i Paesi partecipanti (Europei ed Extraeuropei), che ha lo scopo di combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso lo scambio multilaterale di informazioni. In virtù di tale normativa, gli intermediari finanziari (banche, assicurazioni vita, ecc.) dei Paesi aderenti sono tenuti ad identificare i soggetti (contraenti, beneficiari, titolari effettivi) aventi una o più residenze fiscali diverse da quella italiana e/o statunitense.