

Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a:
Banco BPM Vita S.p.A. – Direzione Operazioni, Via Massaua n. 6, 20146 Milano
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti@pec.bancobpmvita.it**
- alla competente filiale della Banca Intermediaria

RICHIESTA LIQUIDAZIONE PER DECESSO DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE:

- Il presente modulo è stato predisposto da Banco BPM Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili alla liquidazione della prestazione maturata;
- La richiesta, ove effettuata con il presente modulo, deve essere **compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario** della Polizza.

Si comunica che in data è avvenuto il decesso del/la signor/a , Assicurato della polizza numero .

I Beneficiari richiedono pertanto il **pagamento della prestazione contrattualmente prevista**.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale** di ciascun Beneficiario;
- **certificato di morte** dell'Assicurato;
- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio con firma autenticata** (contenente l'elenco degli eredi e indicazione se l'Assicurato è deceduto lasciando o meno disposizioni testamentarie). In caso di testamento allegare **copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà**;
- in presenza di beneficiari minorenni o incapaci, **copia autentica del provvedimento del Giudice Tutelare** con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione della prestazione;
- **autocertificazione FATCA/CRS** compilata da ciascun Beneficiario;
- **modulo Adeguata Verifica** compilato da ciascun Beneficiario.

ATTENZIONE: LE RICHIESTE DI PAGAMENTO INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI O DELLA DOCUMENTAZIONE COMPORTERANNO TEMPI DI LIQUIDAZIONE PIÙ LUNGHI

BENEFICIARIO 1

Il sottoscritto
Nome e Cognome

Codice Fiscale

Residente in via

Comune e Provincia

Recapito telefonico

E-mail

IBAN

CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali per il Beneficiario della prestazione assicurativa e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità richiamate alla lettera A dell'informativa.

_____ , _____
Luogo

Data

Firma del Beneficiario

**BENEFICIARIO 2**

Il sottoscritto
Nome e Cognome

Codice Fiscale

Residente in via

Comune e Provincia

Recapito telefonico

E-mail

IBAN

CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali per il Beneficiario della prestazione assicurativa e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità richiamate alla lettera A dell'informativa.

_____ , _____
Luogo

Data

Firma del Beneficiario



BENEFICIARIO 3

Il sottoscritto
Nome e Cognome

Codice Fiscale

Residente in via

Comune e Provincia

Recapito telefonico

E-mail

IBAN

CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali per il Beneficiario della prestazione assicurativa e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità richiamate alla lettera A dell'informativa.

_____ / _____
Luogo

_____ / _____
Data

Firma del Beneficiario 

BENEFICIARIO 4

Il sottoscritto
Nome e Cognome

Codice Fiscale

Residente in via

Comune e Provincia

Recapito telefonico

E-mail

IBAN

CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali per il Beneficiario della prestazione assicurativa e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità richiamate alla lettera A dell'informativa.

_____ / _____
Luogo

_____ / _____
Data

Firma del Beneficiario 

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 – GDPR
(Beneficiari e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato)

A. NATURA DEI DATI TRATTATI PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse alla liquidazione del sinistro o pagamento di altre prestazioni, agli eventuali adempimenti a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri) ed alla prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali.

Per tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c..

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via Massaua n. 6, 20146 Milano – e-mail: privacy@bancobpmvita.it.

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Vita S.p.A., Via Massaua n. 6, 20146 Milano.

AUTOCERTIFICAZIONE – PERSONE FISICHE
FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) E CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Alla Compagnia Banco BPM Vita S.p.A.

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE

- Nome:
- Cognome:
- Data di nascita:
- Luogo di nascita:
- Paese di nascita:
- Codice Fiscale:
- Cittadinanza/e:
- Indirizzo di residenza [Via, Città; Paese]:
- Indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, casella postale/indirizzo di fermo posta):
.....
- Indirizzo e-mail:
- Numero di Telefono:
- Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO
Se SI, indicare il paese di destinazione dei fondi:
- Procura o potestà di firma attualmente valida conferita ad un soggetto con indirizzo estero: SI /NO
Se SI, compilare i campi seguenti:
Nome e Cognome Delegato
Indirizzo di residenza del Delegato
- Paese/i di residenza fiscale:
 - ITALIA
 - USA
 - ALTRO specificare:

E' consentito barrare più caselle (es. Italia e Altro) in relazione alle residenze fiscali effettivamente possedute

Il Cliente si impegna, sottoscrivendo la presente autocertificazione, a informare prontamente la Compagnia nel caso in cui si verificano cambiamenti di circostanza in merito alle informazioni riportate, al fine di consentire alla Compagnia di richiedere, eventualmente, un nuovo modulo di autocertificazione per confermare la residenza fiscale dichiarata dal Cliente.

Il presente documento è redatto in forma scritta ovvero, previo accordo delle parti, sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente.

Alla luce delle informazioni precedentemente fornite,

io sottoscritto/a (Nome e Cognome)

dichiaro

- di avere il seguente "Status FATCA":

US Person (indicare anche il relativo Codice fiscale statunitense **TIN**.....)

Si considera "US Person" qualsiasi persona in possesso della cittadinanza US (anche solo per nascita) e/o della residenza US

NON US Person

Si considera "NON US Person" qualsiasi persona che non è in possesso della cittadinanza US (anche solo per nascita) e/o della residenza US

dichiaro inoltre

- di avere il seguente "Status CRS":

Foreign (indicare anche il relativo Codice fiscale estero **TIN**.....)

Si considera "Foreign" qualsiasi persona in possesso di una residenza fiscale estera diversa da quella italiana e americana

NON Foreign

Si considera "NON Foreign" qualsiasi persona in possesso della sola residenza fiscale italiana

(Qualora il Codice fiscale estero (TIN) non venga rilasciato dal paese presso il quale viene dichiarata la propria residenza fiscale estera, barrare la seguente casella:)

- e di essere quindi residente ai fini fiscali in

Luogo e data: _____

Firma: _____

MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA – Modello PF 2

Ai sensi dell'art. 17 e ss. del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii.

RAPPORTO

Numero conto corrente: _____

Numero Polizza: _____

Importo in euro: _____

SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI

CLIENTE – CONTRAENTE – BENEFICIARIO

Dati anagrafici

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Documento identificativo

Tipo documento

Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi

Altro documento: _____

Estremi del documento: _____

Emesso il: _____ Scadenza: _____

Ente di rilascio: _____

Nazione di rilascio: _____

Residenza fiscale (se diversa da residenza)

Nazione (1): _____

Nazione (2): _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Professione precedentemente esercitata (se attualmente disoccupato o pensionato)

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Tipologia di contratto di lavoro : Lavoro a tempo determinato Lavoro a tempo indeterminato
 Altro: _____

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

- Sì No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

- Sì No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Cointestatario (da compilare solo in presenza di conto corrente cointestato)

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Esecutore (da compilare solo in presenza di: Tutore / Amministratore di sostegno / Procuratore / Curatore)

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

- Sì No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

- Sì No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Potere di rappresentanza Sì No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

SEZIONE B - INFORMAZIONI SUL RAPPORTO CONTINUATIVO

Tipologia di Rapporto continuativo/Operazione

- Nuova emissione Versamento aggiuntivo Cambio di Contraenza tra vivi
 Cambio di Contraenza per decesso Cambio di Contraenza da Persona non Fisica a Persona Fisica
 Scadenza / Riscatto / Sinistro

Scopo prevalente del rapporto continuativo

- Risparmio Investimento Protezione familiare
 Sostegno di attività di carattere sociale o umanitario
 Altro (specificare): _____

SEZIONE C - RELAZIONI

Rapporto/Relazione tra Contraente e Assicurato

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Assicurato e Beneficiario

- Appartenenza nucleo familiare dell' Assicurato Rapporti professionali o d'affari con l' Assicurato
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell' Assicurato (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente ed Esecutore

- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente cedente e Contraente subentrante (in caso di cessione di contraenza)

- Appartenente al nucleo familiare: del Contraente dell'Assicurato
- Ha rapporti professionali o d'affari: con il Contraente con l'Assicurato
- Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Esecutore e Beneficiario

- Coincidono
- Appartenenza nucleo familiare dell'Esecutore Rapporti professionali o d'affari con l'Esecutore
- Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell'Esecutore (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Cointestatario del conto

- Coincidono
- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
- Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Beneficiario (della Scadenza, Riscatto, Sinistro) e Cointestatario del conto

- Appartenenza nucleo familiare del Beneficiario Rapporti professionali o d'affari con il Beneficiario
- Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Beneficiario (specificare): _____

SEZIONE D - ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

Provenienza delle somme utilizzate per il pagamento del premio di polizza

- Reddito da lavoro dipendente
- Reddito da lavoro autonomo
- Disinvestimento (titoli o polizze disinvestite prima della naturale scadenza)
- Reinvestimento (titoli o polizze reinvestite dopo la naturale scadenza)
- Vendita immobiliare (allegare copia documentazione)
- Vincita (allegare copia documentazione: giustificativo di vincita; bonifico attestante la vincita)
- Eredità (allegare copia documento attestante l'eredità)
- Altro (specificare): _____

Dati economici

Fascia di reddito annuo

- fino a 10.000 Euro da 10.001 a 25.000 Euro da 25.001 a 40.000 Euro
- da 40.001 a 75.000 Euro da 75.000 a 500.000 Euro da 500.000 a 2.500.000 Euro
- Oltre 2.500.000 Euro

Situazione Patrimoniale (per importi superiori a 400.000,00 Euro - Clienti PEP)

- Privo di Patrimonio (specificare): _____
- fino a 100.000 Euro da 100.001 a 300.000 Euro da 300.001 a 1.000.000 Euro
- da 1.000.001 a 3.000.000 Euro da 3.000.000 a 10.000.000 Euro Oltre 10.000.000 Euro

Beneficiario Designato (se diverso dal Contraente – compilare solo in caso di nuova emissione)

- Beneficiario non nominativo Beneficiario nominativo (compilare l'Allegato 2)

DICHIARAZIONE e FIRMA del Contraente / Esecutore / Beneficiario

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 22 e 55 del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale derivante da omesse/mendaci dichiarazioni:

a. dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società/persone fisiche per conto delle quali eventualmente opera;

b. si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa, penale per dichiarazioni non veritiere;

c. si impegna a comunicare senza ritardo a Banco BPM Vita ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo;

d. è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del: Contraente: _____

Esecutore: _____

Beneficiario: _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____

Data: _____

Firma: _____

Matricola: _____

Allegato 1

**DICHIARAZIONE PEP - PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA
(DA COMPILARE SOLO SE "PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE")**

(per la definizione di PEP si rimanda agli ESTRATTI NORMATIVI "ALLEGATO 4")

Il sottoscritto,

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Tipo Documento identificativo

Carta d'identità Patente di guida Passaporto Porto d'armi

Altro documento: _____

Estremi del documento: _____

Emesso il: _____ Scadenza: _____

Ente di rilascio: _____

Nazione di rilascio: _____

ricevute le informazioni relative agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui al Decreto Antiriciclaggio,

DICHIARA

di essere "Persona Politicamente Esposta" così come definita dal Decreto Antiriciclaggio, per le ragioni di seguito indicate:

Per aver occupato la seguente Carica pubblica: _____

Nel seguente Paese: _____

Per il seguente Periodo: _____

Per essere familiare di una Persona Politicamente Esposta (indicare grado di parentela, nome e cognome e carica occupata della Persona Politicamente Esposta):

Per intrattenere stretti legami con una Persona Politicamente Esposta, ossia (indicare nome e cognome della Persona Politicamente Esposta, carica occupata e tipo di legame)

Che l'origine del PATRIMONIO / FONDI impiegati nel "rapporto continuativo" / "operazione occasionale" è

Retribuzioni / Emolumenti Risparmi

Altro (specificare): _____

Motivo della richiesta di apertura del rapporto continuativo/esecuzione dell'operazione occasionale

Previdenza Risparmio Investimento Protezione familiare

Protezione aziendale Sostegno di attività di carattere sociale o umanitario

Altro (specificare): _____

Motivo della richiesta di apertura del rapporto / esecuzione dell'operazione occasionale presso una Agenzia

situata in zona diversa da quella di residenza (se applicabile): _____

Elenco eventuali documenti allegati (Per es: Adeguata verifica di altri intermediari; Documenti pubblicamente disponibili; ecc.): _____

Fascia di reddito annuo

- fino a 10.000 Euro da 10.001 a 25.000 Euro da 25.001 a 40.000 Euro
 da 40.001 a 75.000 Euro da 75.000 a 500.000 Euro da 500.000 a 2.500.000 Euro
 Oltre 2.500.000 Euro

Situazione Patrimoniale

- Privo di Patrimonio (specificare): _____
 fino a 100.000 Euro da 100.001 a 300.000 Euro da 300.001 a 1.000.000 Euro
 da 1.000.001 a 3.000.000 Euro da 3.000.000 a 10.000.000 Euro Oltre 10.000.000 Euro

Fonte di Reddito

Retribuzioni / Emolumenti Risparmi

Altro (specificare): _____

PRENDE ATTO CHE

l'accensione di rapporti a PEPs è subordinata all'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELLA COMPAGNIA. Pertanto, qualora, a fronte del riconoscimento della natura di persona politicamente esposta come sopra definita, il citato organo non rilasci l'autorizzazione all'accensione / prosecuzione del rapporto, questo sarà giustificato motivo di recesso della Compagnia che lo eserciterà senza alcun preavviso nei confronti del Cliente ai sensi della vigente normativa:

Luogo _____

Data _____

Firma _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____ Data: _____

Firma: _____ Matricola: _____

Allegato 4 – estratti normativi

PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera dd) del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., sono da intendersi 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;

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.

CARICHE PUBBLICHE RILEVANTI - NON COMPRESSE NELLA DEFINIZIONE DI PEP

Ai sensi dell'articolo 46 (comma 4 lett.b) del Regolamento Ivass n. 44/2019 costituiscono fattori di rischio elevato concernenti il cliente, il beneficiario e i rispettivi titolari effettivi:

le cariche pubbliche ricoperte in ambiti non ricompresi nella nozione di persona politicamente esposta, per i quali sussiste una rilevante esposizione al rischio di corruzione, inclusi gli amministratori locali, i soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.

TITOLARE EFFETTIVO

Articolo. 20 Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii.
(Criteri per la determinazione della titolarita' effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche).

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, e' attribuibile la proprieta' diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una societa' di capitali:

a) costituisce indicazione di proprieta' diretta la titolarita' di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprieta' indiretta la titolarita' di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di societa' controllate, societa' 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 e' attribuibile la proprieta' diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, e' 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 piu' 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 societa' o del cliente comunque diverso dalla persona fisica.))

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo ((nonche', 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)).