

1a - Persona Fisica

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

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza):

via, numero civico _____

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

Indirizzo di corrispondenza - Coincide con Residenza ☐ SI ☐ NO presso: _____ Intestato al Contraente ☐ SI ☐ NO

via, numero civico _____

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

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Contraente: Dichiaro di ☐ Aderire ☐ Non aderire

al servizio di trasmissione in formato elettronico della documentazione e delle comunicazioni relative al rapporto contrattuale che progressivamente verranno rese disponibili in formato elettronico. A tal fine, fornisco un indirizzo e-mail esistente, abilitato alla ricezione di messaggistica e non appartenente all'intermediario assicurativo, impegnandomi a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni eventuale variazione al riguardo.

INDIRIZZO E-MAIL _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio:

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

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

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

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

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

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

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)
(ove previsto dalla forma assic.)

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

Soggetti da Tutelare:

☐ Familiari ☐ Dipendenti ☐ Altri _____ ☐ Nessuno

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 €

1b - Soggetto diverso da Persona Fisica

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

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI, indicare: _____

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza) presso: _____

via, numero civico _____

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

Indirizzo di corrispondenza - Coincide con Residenza ☐ SI ☐ NO presso: _____ Intestato al Contraente ☐ SI ☐ NO

via, numero civico _____

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

Contraente: Dichiaro di ☐ Aderire ☐ Non aderire

al servizio di trasmissione in formato elettronico della documentazione e delle comunicazioni relative al rapporto contrattuale che progressivamente verranno rese disponibili in formato elettronico. A tal fine, fornisco un indirizzo e-mail esistente, abilitato alla ricezione di messaggistica e non appartenente all'intermediario assicurativo, impegnandomi a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni eventuale variazione al riguardo.

INDIRIZZO E-MAIL _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio:

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.ro 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 del 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

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)
(ove previsto dalla forma assic.)

Compilare anche i dati del LEGALE RAPPRESENTANTE e dei TITOLARI EFFETTIVI.

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 €

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

Nuovo Contraente _____ Data e Firma 

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

Vecchio Contraente _____ Data e Firma 

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 dall'Assicurato e dal Beneficiario, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa all'Assicurato/Beneficiario alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

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, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato. | ☐ SI | ☐ NO |
| (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 e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata. | ☐ SI | ☐ NO |

** in caso di soggetti minori il consenso viene prestato dal soggetto/i che esercita/tano la responsabilità genitoriale*

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

2 Legale rappresentante ☐ **Variazione ruolo esistente** ☐ **Inserimento nuovo ruolo (in caso di variazione di Contraente)**

Cognome _____ Nome _____

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

[illegible]

Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____ Stato di nascita _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____

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

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Indirizzo di Residenza: _____

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): _____

via, numero civico _____

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

Tipo documento: codice e descrizione	Numero documento
--------------------------------------	------------------

Ente di rilascio	Località di rilascio
------------------	----------------------

Data di rilascio	Data di scadenza
------------------	------------------

Codice prevalente attività svolta: (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato	Provincia

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

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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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.

3

Soggetto Terzo (definizione in allegato I)

Variazione ruolo esistente

Inserimento nuovo ruolo
(in caso di variazione di Contraente)

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

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐Codice Fiscale Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Se SI, TIN: _____Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO Se SI, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Indirizzo di residenza: 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):

via, numero civico _____

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

Tipo documento _____ N. di documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio (gg/mm/aaaa) ____/____/____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) ____/____/____

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Il Soggetto Terzo: ☐ non è munito di potere di rappresentanza ☐ è munito di potere di rappresentanza

Se munito di potere di rappresentanza, indicare quale:

☐ Legale rappresentante ☐ Delegato ☐ Tutore ☐ Trustee ☐ Altro _____**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 ➡ _____

4

Cambio di Beneficiari in caso di vita

Motivo del cambio Beneficiario _____

Beneficiario Vita 1

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Vita 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 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 Caso Vita 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____Se Beneficiario Caso Vita 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 Vita 2

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Vita 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 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 Caso Vita 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

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

Se Beneficiario Caso Vita 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 Vita 3

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Vita 3 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 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 Caso Vita 3 è un soggetto diverso da persona fisica:

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

Se Beneficiario Caso Vita 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 Vita 4

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Vita 4 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 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 Caso Vita 4 è un soggetto diverso da persona fisica:

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

Se Beneficiario Caso Vita 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.

Beneficiario Vita 5

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Vita 5 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Vita 5 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 Caso Vita 5 è un soggetto diverso da persona fisica:

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

Se Beneficiario Caso Vita 5 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.

In alternativa:

Beneficiario Standard _____

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.

Motivo del cambio Beneficiario: _____

Beneficiario Morte 1

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Morte 1 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 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 Caso Morte 1 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____Se Beneficiario Caso Morte 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 Morte 2

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Morte 2 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 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 Caso Morte 2 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____Se Beneficiario Caso Morte 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 Morte 3

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Morte 3 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 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 Caso Morte 3 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____Se Beneficiario Caso Morte 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 Morte 4

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Morte 4 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 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 Caso Morte 4 è un soggetto diverso da persona fisica:

Iscrizione ☐ registro imprese (CCIAA REA) ☐ registro delle persone giuridiche, indicare n° _____Se Beneficiario Caso Morte 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.

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

Cod. Fisc.

Relazione tra Contraente e Beneficiario Caso Morte 5 _____ (allegato D)

Se Beneficiario Caso Morte 5 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 Caso Morte 5 è un soggetto diverso da persona fisica:

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

Se Beneficiario Caso Morte 5 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 _____ / _____ / _____ Comune di nascita _____ Provincia di nascita _____

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

***Selezionare la casella per escluderlo dalle comunicazioni.

Beneficiario Standard

Referente Terzo (soggetto, indicato dal Contraente, diverso dai beneficiari caso morte, a cui fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc.

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

Indirizzo _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

E-mail _____

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)

Intermediario assicurativo _____ Data, Firma e timbro

6 Aggiornamento dati Contraente

Compilare tutta la sezione con i dati del vecchio Contraente in caso di cambio Beneficiari ed in caso di cambio contraenza per ragioni diverse dal decesso del Contraente.

Cittadinanza _____

Indirizzo di Residenza:

via, numero civico _____

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

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 sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio:

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)
(ove previsto dalla forma assic.)

6a - Contraente Persona Fisica

Tipo documento _____ N. di documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Contraente: Dichiaro di essere Persona Politicamente Esposta (definizione in allegato G): ☐ SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*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

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

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

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

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

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

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

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

Situazione Finanziaria

Reddito annuo:

(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 30.000 €

☐ Fino a 250.000 €

☐ Fino a 60.000 €

☐ Fino a 500.000 €

☐ Fino a 100.000 €

☐ Oltre 500.000 €

Patrimonio finanziario inclusa la liquidità:

(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 100.000 €

☐ Fino a 1.000.000 €

☐ Fino a 250.000 €

☐ Oltre 1.000.000 €

☐ Fino a 500.000 €

6b - Soggetto diverso da Persona Fisica

GIIN (Global Intermediary Identification Number) _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio:

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.ro 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 del 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

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 €

Legale rappresentante - Dati anagrafici (solo per contraente diverso da Persona Fisica)

(Allegare copia del documento di identità valido del Legale Rappresentante)

Cittadinanza _____

Telefono _____

Indirizzo di Residenza:

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):

via, numero civico _____

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

Tipo documento _____ N. di documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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 ☐ Disponente 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.



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

