Polizza N.	

ZURICH®

Z Platform *plus*

Notifica di decesso da compilare a cura dei Beneficiari

Avvertenze

La notifica di decesso è la richiesta di pagamento del capitale in caso di decesso dell'Assicurato che deve essere compilata e sottoscritta dal Beneficiario della Polizza e inviata, unitamente alla documentazione prevista, alla Società.

In caso di **più Beneficiari tutti i dati sotto elencati devono essere** forniti per ogni beneficiario.

Vi mettiamo a disposizione un esempio di notifica decesso per facilitare la raccolta delle informazioni necessarie.

Tale modulo esemplificativo fa riferimento alle Condizioni contrattuali e al Prospetto d'offerta relativo al prodotto Z PLATFORM plus (codice prodotto ICB) nell'edizione in vigore alla data della presente richiesta.

In base a quanto previsto dall'Art. 18, paragrafo a) delle Condizioni contrattuali, la Notifica di Decesso deve essere inviata alla Società a mezzo Raccomandata con Ricevuta di Ritorno.

A Dati del Beneficiario

Cognome/Ragione Sociale_____ Nome_____

Cod. Fiscale/Partita IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ M ☐ F

Data di Nascita/Costituzione della Società (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov._____ Nazione_____

Documento: ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Residenza/Sede Legale: Via, numero_____ Regione di residenza/Sede Legale: _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____Nazione _____

Cittadinanza _____ Cittadinanza 2 (qualora disponibile)_____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui la Residenza Fiscale sia anche in uno stato diverso dall'Italia, indicare:

Stato estero di Residenza Fiscale _____ Codice fiscale estero NIF_____

Il beneficiario Persona Giuridica è un'entità Non Finanziaria Passiva così come definita dal Decreto Ministeriale 28/12/2015 in attuazione della Legge 18 Giugno 2015 Nr. 95, Art. 1 Lettera gg e riferimenti successivi? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui lo Stato di Residenza Fiscale secondaria fosse "Stati Uniti d'America/US Territories" indicare il codice TIN_____ (per la compilazione si veda pag. 7)

Descrizione del bene/prodotto/servizio oggetto dell'attività (da compilare anche per Persone Fisiche) _____

Sede (Comune) dove è svolta l'attività prevalente (da compilare anche per Persone Fisiche)_____ Prov._____

Persona fisica (per la compilazione si veda retro)

Codice prevalente attività svolta - Sezione C _____ ☐ Dipendente ☐ Autonomo/Libero professionista

Persona giuridica (per la compilazione si veda retro) Codice tipo Società - Sezione A _____

Codice prevalente attività svolta - Sezione B_____

L'attività d'Impresa include relazioni con paesi di cui all'Allegato 1 (si veda pag. 6) ☐ SI ☐ NO

In caso di Persona Fisica, dichiaro ☐ di essere ☐ di non essere Persona Politicamente Esposta

Ai sensi dell'Art.13 del Reg. IVASS 5/2014, il Beneficiario/Legale Rappresentante dichiara la relazione con il/i Contraente/i:

☐ Familiare* ☐ Altro* ☐ Familiare** ☐ Altro**

* La relazione tra il Contraente ed il Beneficiario si intende nella categoria familiare ove il Beneficiario sia coniuge, convivente, padre, madre, figlio o figliastro o qualsiasi altra persona che conviva nella stessa unità familiare del Contraente.

** Compilare in base alla relazione tra il Beneficiario e l'eventuale Secondo Contraente.

Ai sensi dell'Articolo 9 comma 4 del Reg. IVASS 5/2014, si attesta che il Beneficiario, alla data odierna, è stato identificato di persona.

Comunicazione di Decesso

Il/La sottoscritto/a_____

Cognome_____ Nome_____

in qualità di _____

Comunica il decesso dell'Assicurato, avvenuto il (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

A corredo della presente, il Sottoscritto allega la documentazione elencata di seguito indicando su ognuno dei documenti il riferimento al numero di Polizza.

1) Certificato relativo al decesso emesso dall'ufficiale di stato civile

2) Documentazione relativa al decesso

- **Relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato, oppure copia della cartella clinica se il decesso dell'Assicurato sia avvenuto presso una struttura ospedalier**a solo per consentire alla Società di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni di cui all'art. 8 c) delle condizioni contrattuali.

  Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un fac simile di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso.

  I Beneficiari – al fine di agevolare il pagamento da parte della Società – potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente.

  Qualora la documentazione relativa al decesso elencata in questo paragrafo non sia reperibile o il Beneficiario non riesca ad ottenerla dai soggetti terzi competenti a produrla, come nel caso in cui non abbia titolo legale in base alle leggi vigenti (ad esempio beneficiari non legati da vincoli familiari con l'Assicurato), il Beneficiario produrrà alla Società una **dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso**. Inoltre il Beneficiario avrà la facoltà di sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire **specifica procura** affinché la Società nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

  Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso gli intermediari e sul proprio sito internet un fac simile di **dichiarazione scritta di impossibilità a reperire la documentazione relativa al decesso e fac simile di specifica procura.**

  La Società potrà altresì attivarsi per reperire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che consenta alla Società di ricostruire l'esattezza e la completezza delle cause del decesso e/o delle dichiarazioni dell'Investitore-Contraente e dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influito sulla valutazione del rischio anche tramite utilizzo del mandato conferito dall'Assicurato e dal Beneficiario.

3) Documentazione relativa ai Beneficiari e loro designazione

- Se l'Investitore-Contraente non ha lasciato testamento, i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti che l'Investitore-Contraente non ha lasciato testamento: **atto notorio** redatto da un notaio o presso un tribunale **oppure dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale** contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.
- Se l'Investitore-Contraente ha lasciato testamento, **copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale** che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.
- Se la designazione del beneficio sia stata fatta dall'Investitore-Contraente genericamente a favore degli eredi (ossia, sia priva di qualsiasi riferimento a specifici soggetti), i Beneficiari dovranno inviare, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi (siano essi legittimi o testamentari): **atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale oppure dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale** e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

  Inoltre, nel caso di eredi testamentari, i Beneficiari dovranno inviare copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento redatto da un pubblico ufficiale che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.
- Nel caso di Beneficiari minorenni e/o incapaci e/o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il Beneficiario dovrà fornire **copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare** che: (i) autorizza la riscossione degli importi spettanti; (ii) individua il soggetto titolato a sottoscrivere la richiesta di pagamento indicata al punto precedente; (iii) indica il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito.

  Il pagamento verrà effettuata tramite accredito delle somme sul conto corrente relativo alla tutela ed individuato nel provvedimento del Giudice Tutelare.
- Nel caso in cui il pagamento debba essere effettuato anche a favore degli eredi del Beneficiario, gli stessi dovranno fornire, alternativamente e a loro scelta, uno dei seguenti documenti dal quale risulti chi sono gli eredi del Beneficiario (siano essi legittimi o testamentari): **atto notorio redatto da un notaio o presso un tribunale oppure dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata innanzi ad un pubblico ufficiale** e contenente il consenso affinché la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, anche in termini di sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi, dal D.P.R. n. 445/2000.

  Inoltre, nel caso di eredi testamentari, **copia del verbale di deposito e pubblicazione del testamento del Beneficiario redatto da un pubblico ufficiale** che precisi che il testamento sia l'ultimo che si conosce, abbia i requisiti di validità di forma e non sia stato impugnato da alcuno.

Richiesta di ulteriore documentazione probatoria: in presenza di particolari esigenze istruttorie e liquidative la Società avrà la facoltà di richiedere ai Beneficiari – una sola volta e nel rispetto delle tempistiche indicate all'Art. 8 lettera (e) delle condizioni contrattuali - ulteriore specifica documentazione probatoria a condizione che:

- tale documentazione sia indispensabile per la valutazione della richiesta di pagamento
- la Società sia nella impossibilità di recuperare direttamente tale documentazione
- la richiesta sia adeguatamente motivata

Si ricorda che la Società, in forza del mandato ricevuto dall'Assicurato o della procura ricevuta dal/i Beneficiario/i, ha titolo di chiedere il rimborso dei costi eventualmente sostenuti per il reperimento della documentazione medica relativa al decesso. Tali costi saranno trattenuti a titolo di spese dall'importo del Capitale liquidato in caso di decesso.

B Conto Corrente Bancario per il pagamento

Cognome/Ragione Sociale_____

Nome_____

IBAN

IT																									
	N. Contr.		CIN	ABI					CAB					Numero di c/c											

Banca_____

Luogo e Data _____ Firma Beneficiario_____

Firma Vincolatario/Creditore Pignoratizio (se previsto): _____

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto l'"Informativa sulla Privacy" (art. 13 D.Lgs. 30/06/2003, n. 196).

Luogo e Data _____ Firma Beneficiario_____

C Esecutore del Beneficiario - Dati anagrafici

Ai sensi dell'Articolo 13 del Reg. IVASS 5/2014, il Beneficiario dichiara che:

☐ non sussite l'esecutore (1) ☐ sussiste un esecutore, del quale fornisco tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui sono a conoscenza:

Cognome_____ Nome_____ ☐ Familiare* ☐ Altro*

Cod. Fisc. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov._____ Nazione_____

Documento (2): ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Residenza: Via, numero _____ Città_____

CAP_____Prov._____Nazione_____ Il presente esecutore ☐ è munito di delega (3), che si allega alla presente proposta/polizza

(1) "Esecutore": il soggetto a cui siano conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario. Se trattasi di soggetto non persona fisica, la persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del cliente. Si precisa che per essere esecutore si intende un soggetto diverso dal Contraente, Legale rappresentante e Assicurato.

(2) Allegare copia del documento valido dell'esecutore.

(3) Ai sensi dell'Articolo 29 del Reg. IVASS 5/2014, il pagamento dei premi assicurativi può essere corrisposto da un soggetto privo di delega se tale versamento rappresenta un obbligo contrattuale. Nel caso di premi/versamenti aggiuntivi non previsti dal contratto, IVASS stabilisce che l'esecutore debba essere in possesso di una delega.

** Ai sensi dell'Art.13 del Reg. IVASS 5/2014, il Contraente dichiara la relazione con l'Esecutore designato. La relazione tra il Contraente ed l'Esecutore si intende nella categoria familiare ove l'Esecutore sia coniuge, convivente, padre, madre, figlio o figliastro o qualsiasi altra persona che conviva nella stessa unità familiare del Contraente.*

D Legale Rappresentante - Dati anagrafici

Cognome_____ Nome_____

Cod. Fisc. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov._____ Nazione_____

Documento (1): ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Residenza: Via, numero _____ Città_____

CAP_____Prov._____Nazione_____

(1) Allegare copia del documento valido dell'esecutore.

Informazioni riguardanti il Titolare Effettivo (per la definizione si veda pag. 6/6) - **dichiaro sotto la mia responsabilità che:**

☐ non sussiste ☐ sussiste un titolare effettivo del rapporto del quale fornisco, nella Scheda di Adeguata Verifica, tutte le informazioni necessarie e aggiornate di cui sono a conoscenza.

La seguente sezione è riservata al caso in cui il Contraente sia una Istituzione Finanziaria* GIIN (Global Intermediary Identification Number)_____

*Per Istituzioni Finanziarie, ai sensi del Decreto MEF 6 agosto 2015, si intendono a titolo esemplificativo: Banche, Compagnie di Assicurazione, Società di Gestione del Risparmio (SGR), Società di Intermediazione Mobiliare (SIM), Società Fiduciarie, ecc.

E Identificazione del Titolare Effettivo (vedere pagina 6/6 per la definizione)

In ottemperanza dell'art. 21 D. Lgs. 21/11/2007, N° 231 in conformità con quanto riportato nell'art. 2 dell'Allegato Tecnico del Decreto stesso, consapevole delle conseguenze relative a dichiarazioni false e mendaci.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DICHIARA CHE IL/I TITOLARE/I EFFETTIVO/I DELLA SOCIETÀ È/SONO:

Titolare Effettivo 1

Cognome/Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____

Residenza (Via, numero) _____

Città _____ Regione_____ CAP_____ Prov._____ Nazione_____

Cittadinanza _____ Cittadinanza 2 (qualora disponibile)_____

Documento: ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento_____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 231/2007, e successive modifiche e integrazioni, fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro ☐ di essere ☐ di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/7)

Ai sensi della normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) fornire la seguente informazione:

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui la Residenza Fiscale sia anche in uno stato diverso dall'Italia, indicare:

Stato estero di Residenza Fiscale _____ Codice fiscale estero NIF_____

Nel caso in cui lo Stato di Residenza Fiscale secondaria fosse "Stati Uniti d'America/US Territories" indicare il codice TIN _____ (per la compilazione si veda pag. 7)

Titolare Effettivo 2

Cognome/Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____

Residenza (Via, numero) _____

Città _____ Regione_____ CAP_____ Prov._____ Nazione_____

Cittadinanza _____ Cittadinanza 2 (qualora disponibile)_____

Documento: ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento_____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 231/2007, e successive modifiche e integrazioni, fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro ☐ di essere ☐ di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/7)

Ai sensi della normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) fornire la seguente informazione:

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui la Residenza Fiscale sia anche in uno stato diverso dall'Italia, indicare:

Stato estero di Residenza Fiscale _____ Codice fiscale estero NIF_____

Nel caso in cui lo Stato di Residenza Fiscale secondaria fosse "Stati Uniti d'America/US Territories" indicare il codice TIN _____ (per la compilazione si veda pag. 7)

Titolare Effettivo 3

Cognome/Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____

Residenza (Via, numero) _____

Città _____ Regione_____ CAP_____ Prov._____ Nazione_____

Cittadinanza _____ Cittadinanza 2 (qualora disponibile)_____

Documento: ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento_____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 231/2007, e successive modifiche e integrazioni, fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro ☐ di essere ☐ di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/7)

Ai sensi della normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) fornire la seguente informazione:

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui la Residenza Fiscale sia anche in uno stato diverso dall'Italia, indicare:

Stato estero di Residenza Fiscale _____ Codice fiscale estero NIF_____

Nel caso in cui lo Stato di Residenza Fiscale secondaria fosse "Stati Uniti d'America/US Territories" indicare il codice TIN _____ (per la compilazione si veda pag. 7)

Titolare Effettivo 4

Cognome/Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐ M ☐ F Data di Nascita (gg/mm/aaaa)_____/_____/_____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazione _____

Residenza (Via, numero) _____

Città _____ Regione_____ CAP_____ Prov._____ Nazione_____

Cittadinanza _____ Cittadinanza 2 (qualora disponibile)_____

Documento: ☐ Carta di Identità ☐ Patente ☐ Passaporto N. Documento_____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____ Data di scadenza (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio_____

Ai sensi degli artt. 15 e successivi, D. Lgs. 231/2007, e successive modifiche e integrazioni, fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro ☐ di essere ☐ di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/7)

Ai sensi della normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) fornire la seguente informazione:

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ SI ☐ NO Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ SI ☐ NO

Nel caso in cui la Residenza Fiscale sia anche in uno stato diverso dall'Italia, indicare:

Stato estero di Residenza Fiscale _____ Codice fiscale estero NIF_____

Nel caso in cui lo Stato di Residenza Fiscale secondaria fosse "Stati Uniti d'America/US Territories" indicare il codice TIN _____ (per la compilazione si veda pag. 7)

F Consenso al trattamento ai sensi dell'Art. 23 D. LGS 196/2003

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità assicurative:

Nome e Cognome/denominazione_____

data e firma_____

G Dichiarazioni e dati del soggetto incaricato al collocamento

DICHIARO:

- di aver osservato gli obblighi previsti dal Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 e in particolare quelli previsti dagli articoli di cui alla Parte III - Titolo II - Capo I ("Regole di presentazione e comportamento nei confronti della clientela") o delle previsioni di cui all'articolo 85 del Regolamento Consob Intermediari (approvato con Delibera n. 16190 del 29 ottobre 2007, come successivamente modificato), nonché le previsioni degli articoli di cui al Titolo IX - Capo III del D.Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 ("Regole di comportamento"), nonché ogni altra disposizione di legge o regolamentare vigente o ordine dell'autorità di vigilanza competente applicabile all'attività di intermediazione di prodotti assicurativi e prodotti assicurativi-finanziari;
- di aver personalmente verificato l'identità del sottoscrittore, la cui generalità è riportata fedelmente negli appositi spazi;
- che la firma del medesimo è stata apposta in mia presenza;
- di adempiere agli obblighi previsti dal D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni, nonchè alle eventuali indicazioni operative emesse in materia dal Gruppo Zurich;
- che, in base alle informazioni in mio possesso il Contraente/Legale Rappresentante agisce in buona fede;
- che l'operazione risulta usuale rispetto a quelle di norma effettuate dal/i Contraente/i/ Legale Rappresentante e di non avere alcun riscontro di transazioni riguardanti, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
  - apertura e chiusura di rapporti utilizzati unicamente per l'esecuzione di specifiche operazioni finanziarie;
  - flussi finanziari di ingente ammontare, soprattutto se provenienti dall'estero, su rapporti per lungo tempo inattivi o comunque poco movimentati;
  - versamenti ingenti su conti intestati a società effettuati dai soci o da soggetti a questi collegati con disponibilità non riconducibili all'attività della società stessa, soprattutto se in contanti.
- che sono state acquisite dal Contraente/Legale Rappresentante le informazioni di cui all'art.39 del Regolamento Consob Intermediari n. 16190 e sulla base di tali informazioni ricevute l'operazione risulta essere adeguata ai sensi del Regolamento stesso.

Società _____

Cognome _____ Nome _____

Codice PF _____ Codice Iscrizione RUI _____ Cell_____ Email_____

Regione di attività del soggetto incaricato al collocamento _____

Luogo e Data _____ Firma PF _____

Zurich Life Assurance plc
Sede a Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Co. Dublin, Irlanda. Capitale sociale: € 17.525.773,75 i.v.
Registro del Commercio di Dublino n. 58098 - Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa dall'Organo di Vigilanza e Controllo Irlandese (Central Bank of Ireland)
O Tengtio (Chairperson) (USA), V Attwood (UK), C Baker (UK), K Barry (Ireland), A Brennan (Ireland), R D Campbell (UK), M O'Neill (Ireland)
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +39.0259661 - Fax +39.0259662603
Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 2.7.09 al n. I.00079 - C.F/P. IVA/ R.I. Milano: 06707460967
Rappresentante Generale per l'Italia: S. Racco - Indirizzo PEC: zlac@pec.zurich.it - www.zurich.it

P.E.P. "Persone Politicamente Esposte" le persone fisiche, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche, nonchè i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'Allegato Tecnico al D. Lgs. 231/07 e successive modifiche e integrazioni.

Allegato tecnico al D.Lgs. 231/07

Art. 1 - Persone politicamente esposte
(Rif. Art. 1, co 2, lett. o D.Lgs 231/2007)

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

a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
b) i parlamentari;
c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

a) il coniuge;
b) i figli e i loro coniugi;
c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
d) i genitori;

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

a) qualsiasi persone fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione con una persona di cui al comma 1;
b) 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 comma 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 presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Art. 2 - Titolare Effettivo
(Rif. Art. 1, co 2, lett. u D.Lgs 231/2007)

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedano 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, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazioni conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
2) 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;
3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

Istruzioni compilazione Persona Giuridica

Sezione A

Codice tipo società (persona giuridica)

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

Sezione B

Codice prevalente attività svolta (persona giuridica)

Codice	Descrizione
01	Industria
02	Commercio
03	Credito e Finanza
04	Ente pubblico
05	Impresa Artigiana
06	No Profit
07	Altro

Istruzioni compilazione Persona Fisica

Sezione C

Codice prevalente attività svolta (persona fisica)

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

* Nel campo "Persona fisica - sezione C" disponibile nella Sezione A "Contraente" a pagina 1/7, oltre ad indicare il "codice prevalente dell'attività svolta" sopra riportato, specificare se il soggetto é "Lavoratore Dipendente" o "Autonomo/libero professionista".

Allegato 1: Lista Paesi

Afghanistan
Algeria
Angola
Bangladesh
Benin
Bolivia
Bosnia and Herzegovina
Burkina Faso
Burundi
Cambodia
Cameroon
Central African Republic
Chad
China
Comoros
Congo Dem. Rep.
Congo Rep.
Cote d'Ivoire
Cuba
Djibouti
Egypt
Equatorial Guinea
Eritrea
Ethiopia
Gambia
Guinea
Guinea-Bissau
Guyana
Haiti
Honduras
India
Iran
Iraq
Kenya
Korea, North
Kyrgyzstan
Laos
Lebanon
Liberia
Libya
Madagascar
Malawi
Mali
Mauritania
Mozambique
Myanmar
Nepal
Nicaragua
Niger
Nigeria
Pakistan
Palestine
Papua New Guinea
Russian Federation
Rwanda
Sierra Leone
Solomon Islands
Somalia
South Sudan
Sudan
Swaziland
Syria
Tajikistan
Tanzania
Togo
Turkmenistan
Uganda
Ukraine
Uzbekistan
Vanuatu
Venezuela
Viet Nam
Western Sahara
Yemen
Zambia
Zimbabwe

Istruzioni di compilazione per persone fisiche e giuridiche con residenza fiscale diversa da quella italiana

Istruzioni per Persona Fisica

Dichiarante	Sono cittadini statunitensi?	Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? **	Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia?	Risultato
Persona Fisica	Si	No	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite. Il modulo IRS W9 deve essere compilato dal dichiarante.
Persona Fisica	No	Si	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite. Il modulo IRS W9 deve essere compilato dal dichiarante.
Persona Fisica	No	No\Si	Si	Non si può procedere con l'operazione di assunzione e cambio contraenza*.
Persona Fisica	No	No	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite.

* Se la residenza fiscale è diversa dall'Italia allora non si può procedere con l'assunzione. Nel caso sia presente anche una residenza fiscale diversa dall'Italia ma risulti chiaro che dai dati forniti la residenza fiscale principale è in Italia allora si può procedere con l'operazione.

Istruzioni per Persona Giuridica (Legale Rappresentante)

Dichiarante	Sono istituzioni finanziarie?	Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? **	Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia?	Risultato
Legale Rappresentante	No	No	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite.
Legale Rappresentante	Si	No	No	Deve esser fornito il codice GIIN ed il modulo IRS W8Ben-E prima che l'operazione venga effettuata.
Legale Rappresentante	No	Si	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite. Il modulo IRS W8 BEN E deve essere compilato dal dichiarante.
Legale Rappresentante	No	No\Si	Si	Non si può procedere con l'operazione di assunzione e cambio contraenza*.

* Se la residenza fiscale è diversa dall'Italia allora non si può procedere con l'assunzione. Nel caso sia presente anche una residenza fiscale diversa dall'Italia ma risulti chiaro che dai dati forniti la residenza fiscale è in Italia allora si può procedere con l'operazione.

Istruzioni per Persona Giuridica (Titolari Effettivi dichiaranti in qualità di individui)

Dichiarante	Sono cittadini statunitensi?	Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? **	Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia?	Risultato
Titolare Effettivo	Si	No	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite. Se è stato fornito il modulo IRS W8-Ben-E dal Legale Rappresentante, verificare che lo stesso sia debitamente compilato nell'apposita sezione **XXX** relativa al Titolare Effettivo. In assenza del modulo W8-Ben-E, deve essere compilato dal Titolare Effettivo il modulo W9.
Titolare Effettivo	No	Si	No	Se il Titolare Effettivo possiede più del 50% del controllo allora non si può procedere con l'operazione. Se il Titolare Effettivo possiede meno del 50% del controllo allora si può procedere con l'operazione, con la ricezione del modulo IRS W9 firmato dal Titolare Effettivo.
Titolare Effettivo	No	No	Si	Se il Titolare Effettivo possiede più del 50% del controllo allora non si può procedere con l'operazione Se il Titolare Effettivo possiede meno del 50% del controllo allora si può procedere con l'operazione.
Titolare Effettivo	No	No	No	Si può procedere con l'operazione. Verrà effettuato un controllo su tutte le altre informazioni fornite.

** per US Territories si intendono: Samoa Americane; Guam; Isole delle Marianne Settentrionali; Puerto Rico; Isole Vergini Americane