

Z Platform 2

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 2 (codice prodotto IBB) 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 della normativa antiriciclaggio, il Beneficiario/Legale Rappresentante dichiara la relazione con il Contraente:

Familiare* Altro* Familiare** Altro**

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

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

Ai sensi della normativa antiriciclaggio, 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 ospedaliera** 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 **specificata 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 beneficiario 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 Vinculatore/Creditore Pignoratorio (se previsto): _____

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto l'"Informativa sulla Privacy".

Luogo e Data _____ Firma Beneficiario _____

C Esecutore - Dati anagrafici

Ai sensi della normativa antiriciclaggio, il Beneficiario dichiara che:

non sussiste l'esecutore (per la definizione si veda pag. 5) sussiste un esecutore, del quale fornisco tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui sono a conoscenza:

Cognome _____ Nome _____ Nucleo Familiare* Altro*

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 _____

Il presente esecutore è munito di delega (per la definizione si veda pag. 5), che si allega alla presente proposta/polizza

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

* Ai sensi della normativa antiriciclaggio, il Beneficiario dichiara la relazione con l'Esecutore designato. La relazione tra il Beneficiario/Titolare effettivo del Beneficiario e 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 Beneficiario/Titolare effettivo.

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. 5/8) - **dichiaro sotto la mia responsabilità che:**

non sussiste sussiste un titolare effettivo del rapporto del quale fornisco, nella sezione E Titolare Effettivo, 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 5/8 per la definizione)

In ottemperanza alla normativa antiriciclaggio, 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 della normativa antiriciclaggio fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro di essere di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/8)

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 della normativa antiriciclaggio fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro di essere di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/8)

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 della normativa antiriciclaggio fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro di essere di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/8)

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 della normativa antiriciclaggio fornire la seguente dichiarazione:

Dichiaro di essere di non essere, Persona Politicamente Esposta (P.E.P. vedere pag.5/8)

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 dei dati

Io sottoscritto/a, ricevuta e letta l'Informativa Privacy, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, per le finalità contrattuali e di legge:

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, nonché alle eventuali indicazioni operative emesse in materia dal Gruppo Zurich;

- che, in base alle Informazioni in mio possesso il/i Contraente/legale rappresentante agisce/ono 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/i Contraente/i/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 _____ Codice Iscrizione RUI _____ Cell. _____ E-mail _____

Regione di attività del soggetto incaricato al collocamento _____

Luogo e Data _____ Firma _____

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 esecutore si intende un soggetto diverso

dal Contraente, Legale rappresentante e Assicurato.

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.

P.E.P. "Persone Politicamente Esposte" le persone fisiche, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.Lgs 231/2007 e s.m.i.):

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

1. Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Viceministro 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;
2. deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
3. membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
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;
5. membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
6. ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
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;
8. direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
9. direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2. Sono familiari di persone politicamente esposte:

1. i genitori;
2. il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona

politicamente esposta,

3. 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:

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;
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.

TITOLARE EFFETTIVO (Ai sensi del D.Lgs 231/2007 e s.m.i.)

Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

- 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, 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	15
02	Società di Capitali - Srl	16
03	Società di Capitali - Saa	
04	Società di persone - Semplice	17
05	Società di persone - Snc	
06	Società di persone - Sas	18
07	Associazione	19
08	Condominio	
09	Consorzio	20
10	Fondazione	
11	Cooperativa	21
12	Polisportiva	22
13	Società coop. a resp. lim.	
14	Ditta individuale	23

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

* Nel campo "Persona fisica - sezione C" disponibile nella Sezione A "Contraente" a pagina 1/8, 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	Comoros	Iran	Nicaragua	Tanzania
Algeria	Congo Dem Rep.	Iraq	Niger	Togo
Angola	Congo Rep.	Kenia	Nigeria	Trinidad and Tobago
Bangladesh	Cote D'ivoire	Korea, North	Pakistan	Tunisia
Benin	Cuba	Kyrgyzstan	Palestine	Turkmenistan
Bolivia	Djibouti	Laos	Philippines	Uganda
Bosnia And	Egypt	Lebanon	Russian Federation	Ukraine
Herzegovina	Eqyatorial Guinea	Liberia	Rwanda	Uzbekistan
Burkina Faso	Eritrea	Lybia	Sierra Leone	Venezuela
Burundi	Ethiopia	Madagascar	Somalia	Viet Nam
Cambodia	Gambia	Malawi	South Sudan	Western Sahara
Cameroon	Guinea	Mali	Sri Lanka	Yemen
Central African	Guinea-Bissau	Mauritania	Sudan	Zambia
Republic	Haiti	Mozambique	Swaziland	Zimbabwe
Chad	Honduras	Myanmar	Syria	
China	India	Nepal	Tajikistan	

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 GINN 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 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.
Titolare Effettivo	Si/No	Si	Si (solo negli Stati Uniti d'America/US Territories**)	Il Legale Rappresentante deve compilare il modulo IRS W8-Ben-E. Qualora la Persona Giuridica si qualifichi come Passive NFFE, non si può procedere con l'operazione.

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

Informativa privacy

Gentile Cliente,

la nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei Suoi dati personali - ovvero dati personali relativi a soggetti minori di cui Lei esercita la potestà genitoriale - al fine di poter fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti nonché, con il Suo consenso, potrà svolgere le ulteriori attività qui di seguito specificate. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 2016/679 (di seguito per brevità il "Regolamento") forniamo, pertanto, qui di seguito l'informativa relativa al trattamento dei Suoi dati personali.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DEL RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI

Il Titolare del Trattamento è Zurich Life Assurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia con la quale è stato sottoscritto il contratto di assicurazione o che ha emesso un preventivo/quotazione, avente sede in Via Benigno Crespi, 23, 20159 - Milano (la "Società"). Potrà contattare il Titolare, indirizzando la Sua comunicazione all'attentamente del Responsabile per la Protezione dei Dati ad uno dei seguenti recapiti: inviando un'e-mail all'indirizzo: privacy@it.zurich.com o scrivendo a mezzo posta alla sede della società sopra riportata.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

a) Finalità contrattuali e di legge

I dati personali - ivi compresi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società:

- (i) al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, ivi compresa la registrazione e l'accesso al servizio attraverso il quale consultare la Sua posizione relativa ai Suoi contratti assicurativi in essere con la Società (c.d. Area Clienti); per ogni altra finalità connessa ad obblighi di legge, regolamentari, disciplina comunitaria e per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa fornite dalla Società (nella finalità assicurativa sono contemplati, ad esempio, i seguenti trattamenti: predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza, predisposizione e stipulazione di contratti assicurativi; raccolta del premio assicurativo; accesso alla c.d. Area Clienti, liquidazione dei sinistri o pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; antiriciclaggio - con esclusione dei prodotti di Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici, antiterrorismo, gestione e controllo interno). Sono altresì necessarie attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato per il calcolo del rischio e del relativo premio assicurativo, per maggiori informazioni La invitiamo a visionare il seguente paragrafo 7 "Esistenza di un processo decisionale automatizzato".

Il conferimento dei dati personali per tali finalità deriva dalla sottoscrizione di un contratto assicurativo ovvero dalla richiesta di un preventivo/quotazione per la stipula di un contratto e dai correlati obblighi legali ed un eventuale mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità per la nostra Società di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, ivi compresi la quotazione, la registrazione e l'accesso al servizio c.d. Area Clienti.

3. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMO INTERESSE

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- punto 2 a) (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge), la base giuridica degli stessi sono:
 - (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali - emissione di preventivo/quotazione - e contrattuali del rapporto, ivi incluse le attività di raccolta dei premi e liquidazione dei sinistri);
 - (ii) la normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche antiriciclaggio con esclusione dei prodotti di Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici e antiterrorismo;
 - (iii) l'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, indagini, di tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).

4. CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- punto 2 a) (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge), i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) assicuratori, coassicuratori (ii) intermediari assicurativi (agenti, broker, banche) (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Zurich Insurance Group LTd; (v) legali; periti; medici; centri medici, soggetti coinvolti nelle attività di riparazione automezzi e beni assicurati (vi) società di servizi, fornitori, società

di postalizzazione (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Ivass ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.

5. TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

I dati personali potranno essere trasferiti all'estero, prevalentemente verso paesi Europei. I dati personali possono tuttavia essere trasferiti verso paesi extra europei (tra cui la Svizzera, sede della società capogruppo). Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile ed applicando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza. Si precisa a tal riguardo che i trasferimenti verso Paesi extra europei - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione europea - avvengono sulla base delle "Clausole Contrattuali Tipo" emanate dalla Commissione medesima, quale garanzia del corretto trattamento. Potrà in ogni caso sempre contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti riportati nel paragrafo 1 al fine di avere esatte informazioni circa il trasferimento dei Suoi dati ed il luogo specifico di loro collocazione.

6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali verranno conservati per i seguenti periodo di tempo:

- (i) dati contrattuali: per 20 anni successivi al termine del rapporto assicurativo;
- (ii) dati inerenti alle attività antifrode: 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo;
- (iii) dati inerenti alle attività di contrasto al riciclaggio di denaro (con esclusione dei Fondo Pensione Aperto e Piani Individuali Pensionistici) e antiterrorismo : 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo.
- (iv) dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;
- (v) dati trattati per finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche e soft spam: due anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.

7. ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO

La informiamo che la Società, al fine di valutare e predisporre i propri preventivi, calcolare il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, necessita di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando ove necessario i dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato (e pregressi eventi morbosi o comunque con un'incidenza sullo stato di salute in caso di polizze sulla salute e/o sulla vita). Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza precipua di calcolo del rischio connesso con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale (o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Infine, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, antiriciclaggio ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo.

8. I SUOI DIRITTI

Le ricordiamo che gli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento Le riconoscono numerosi diritti, tra cui il diritto di:

- a) accedere ai dati personali che lo riguardano, ottenere informazioni circa i dati trattati, le finalità e le modalità del trattamento;
- b) ottenere la rettifica e l'aggiornamento dei dati, di chiedere la limitazione del trattamento effettuato sui propri dati (ivi incluso, ove possibile, il diritto all'oblio e la cancellazione);
- c) opporsi per fini legittimi al trattamento dei dati nonché esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati;
- d) proporre reclamo alla competente Autorità di controllo.

Per esercitare tali diritti potrà rivolgersi al Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti indicati nel paragrafo 1, che qui si riportano per Sua maggiore comodità: e-mail privacy@it.zurich.com; ovvero scrivendo alla Società all'attenzione del Responsabile per la Protezione dei Dati all'indirizzo di Milano, Via Benigno Crespi, 23 (20159).