

Agenzia di _____ Codice _____

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N. _____

CONTRAENTE _____

**DENUNCIA DI AVVENUTO SINISTRO
MODULO PER BENEFICIARIO PERSONA FISICA**

ATTENZIONE: la compilazione di tutti i campi sotto riportati è obbligatoria.

Per l'informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), e ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D.lgs. 231/2007, si invita la gentile Clientela a prendere visione del fascicolo informativo in calce al presente modulo.

DATI DEL BENEFICIARIO PERSONA FISICA (da raccogliere per il pagamento della liquidazione)			
Cognome e nome			
Data di nascita			
Luogo/Stato di nascita			
Indirizzo di residenza			
Comune di residenza	Città:	Prov.:	CAP:
Codice fiscale			
Sesso (barrare la casella)	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Documento di identità	Tipo:		Numero:
Date documento	Data rilascio:		Data scadenza:
Ente rilascio documento			
Attività economica (vedere elenco codici)	Codice SAE:		Descrizione:
	Codice ATECO:		Descrizione:
Attività prevalente	Descrizione (vedere elenco)		
	Città (Prov) nella quale viene svolta		
	Stato estero in cui viene svolta		
Relazione tra Beneficiario e Contraente (barrare la casella)	<input type="checkbox"/>	Rapporto di parentela	
	<input type="checkbox"/>	Rapporti aziendali o professionali	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	

STATUS DI PEP del Beneficiario – persona politicamente esposta (vedi informativa sugli obblighi)			
Ricopre lo status di PEP	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se SI da quando:
Ha ricoperto lo status di PEP	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se SI fino a quando:
È un familiare ovvero è in stretti legami con un PEP	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
Se SI, indicare cognome e nome del PEP e il rapporto con esso:			

SOGGETTO DELEGATO (ESECUTORE) (dati da raccogliere per il pagamento della liquidazione)			
Cognome e nome			
Codice Fiscale			
Sesso (barrare la casella)	M	F	
Luogo e data di nascita	Nato a:		In data:
Indirizzo di residenza			
Comune di residenza	Città:	Prov.:	CAP:
Nazionalità			
Documento di identità	Tipo:	Numero:	
Date documento	Data rilascio:	Data scadenza:	
Ente di rilascio documento			
Attività economica (vedere elenco codici)	Codice SAE:	Descrizione:	
	Codice ATECO:	Descrizione:	
Attività prevalente	Descrizione (vedere elenco)		
	Città (Prov) nella quale viene svolta		
	Stato estero in cui viene svolta		
Tipo delega (barrare la casella)	<input type="checkbox"/> Delegato/Procuratore		
	<input type="checkbox"/> Legale Rappresentante		
	<input type="checkbox"/> Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno		
Relazione tra Beneficiario ed Esecutore (barrare la casella)	<input type="checkbox"/> Rapporti di parentela		
	<input type="checkbox"/> Rapporti aziendali o professionali		
	<input type="checkbox"/> Altro legame (specificare):		

STATUS DI PEP dell'Esecutore - persona politicamente esposta (vedere informativa sugli obblighi)			
Ricopre lo status di PEP	NO	SI	Se SI da quando:
Ha ricoperto lo status di PEP	NO	SI	Se SI fino a quando:
È un familiare ovvero è in stretti legami con un PEP	NO	SI	
Se SI, indicare cognome e nome del PEP e il rapporto con esso:			
Elenco delle attività prevalenti			
Artigiano	Dipendente BCC	Imprenditore	Operaio
Autotrasportatore	Dirigente privato	Industriale	Pensionato
Casalinga	Dirigente Pubblica Amministrazione centrale	Insegnante	Rappresentante
Coltivatore diretto	Dirigente Pubblica Amministrazione locale	Lavoratore domestico	Studente
Commerciante	Forze Armate	Libero professionista	Venditore
Dipendente Amministrativo Coop.	Impiegato	Non occupato	

Il sottoscritto in qualità di Beneficiario chiede la liquidazione di quanto dovuto	
a seguito del decesso intervenuto in data	
dell'Assicurato (Cognome e Nome)	
sulla polizza n.	

Modalità di pagamento: il sottoscritto Beneficiario chiede che il pagamento della prestazione dovuta venga liquidato sul conto corrente, di cui è intestatario, avente le seguenti coordinate bancarie.	
Iban	
Presso la Banca	

Ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D.lgs. 231/2007, si invita la gentile Clientela a prendere visione dell'informativa sugli obblighi in calce al presente modulo.

Documentazione da allegare al presente modulo debitamente compilato:

- Copia del documento di identità in corso di validità del Beneficiario.
- Certificato anagrafico di morte dell'Assicurato.
- Consenso da parte del Beneficiario al trattamento dei dati personali ai sensi del Codice Privacy (D. Lgs. 196/2003).
- Modulo Autocertificazione Trasparenza Fiscale FATCA e CRS
- Solo nel caso in cui Contraente ed Assicurato siano la stessa persona: atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio autenticata, da cui deve risultare:
 - a) se il Contraente/Assicurato abbia lasciato o no testamento e, in caso affermativo, che il testamento (i cui estremi sono indicati nell'atto) sia l'unico o l'ultimo e non sia stato impugnato. Nel caso in cui vi sia testamento, copia autentica del relativo verbale di pubblicazione;
 - b) l'esatta individuazione degli "eredi legittimi" dell'Assicurato al momento del decesso, nel caso in cui sia stata utilizzata tale formula per la designazione dei Beneficiari.
- In presenza di Beneficiari minorenni o privi della capacità d'agire:
 - ✓ decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentante alla riscossione della prestazione;
 - ✓ copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'esecutore, e documentazione attestante la facoltà di agire per conto del beneficiario (es. procura autenticata).
- Assenso scritto del vincolatario o del creditore pignoratorio, nel caso di contratti gravati da Vincolo o Pegno.

Nel caso in cui alla polizza sia stata applicata una tariffa che prevede un'assunzione del rischio demografico è necessario consegnare gli ulteriori documenti di seguito elencati:

- relazione medica sulle cause del decesso.
- In caso di decesso per malattia: copia integrale delle cartelle cliniche, a partire dal primo ricovero nel corso del quale fu diagnosticata la malattia causa di decesso dell'Assicurato.
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio e omicidio): copia del verbale predisposto dall'Autorità competente che ha effettuato gli accertamenti relativi all'accaduto (Procura della Repubblica, Carabinieri, Polizia e Vigilanza urbana) e dal quale si desumano le circostanze che hanno provocato il decesso dell'Assicurato.

La Società potrà richiedere eventuale ulteriore documentazione che riterrà necessaria per la chiusura dell'operazione richiesta. Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui Beneficiari della prestazione.

La Società esegue il pagamento dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta corredata da tutta la documentazione ritenuta necessaria per l'esecuzione della prestazione.

Si rammenta che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, sono previste sanzioni penali in caso di falsità in atti ed azioni mendaci.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali (ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. 231/07) derivanti da mendaci affermazioni in tale sede, dichiara di aver preso visione dell'informativa sugli obblighi e, in conformità a quanto previsto dall'art. 21 del Decreto summenzionato, di aver fornito nel presente modulo tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui è a conoscenza e garantisce che le stesse sono esatte e veritiere.

Luogo e data

Firma del Beneficiario o Esecutore (soggetto delegato)

_____ / / _____

Spazio riservato all'Intermediario

Con la presente dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver accertato l'esatta identità dei sottoscrittori e di aver acquisito copia dei documenti di identificazione in corso di validità; dichiaro altresì che le firme sono state apposte in mia presenza.

Luogo e data

L'Intermediario

_____ / / _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. N. 196/2003

(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

[1] Gentile Cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo.

[2] I diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D.lgs. 196/2003 inoltrando richiesta scritta ai Titolari del Trattamento, Assimoco S.p.A. e Assimoco Vita S.p.A., nella persona dell'Amministratore Delegato, con sede in Segrate (MI) via Cassanese, 224, e-mail privacy@assimoco.it. I Responsabili del trattamento dei dati personali sono elencati sul sito web www.assimoco.it/privacy.

[1] L'informativa deve precedere la raccolta dei dati e può essere data oralmente o per iscritto.

[2] I diritti di accesso non possono essere esercitati per trattamenti ai fini antiriciclaggio [art.8 D.lgs.196/2003], ma per la verifica della loro esattezza, modifiche, integrazioni, ecc.

Ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D.lgs. 231/2007, si invita la gentile Clientela a prendere visione dell'informativa sugli obblighi.

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS. N. 231/2007 e REG. IVASS 5/2014

Obblighi del cliente

Rif.: art. 21 del D.lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

Sanzioni penali

Rif.: art. 55, co. 2,3 e 6 del D.lgs. 231/2007

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro.

6. Qualora gli obblighi di identificazione e registrazione siano assolti avvalendosi di mezzi fraudolenti, idonei ad ostacolare l'individuazione del soggetto che ha effettuato l'operazione, la sanzione di cui al comma 2 è raddoppiata.

Titolare effettivo

Rif.: art.2 dell'allegato tecnico del D.lgs 231/2007 e art. 2, comma 1 lettera Y) del Reg. IVASS 5/2014

Definizione del "titolare effettivo"

1) la persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo;

2) nel caso in cui il cliente e/o il soggetto per conto del quale il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo siano entità diverse da una persona fisica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano l'entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'allegato tecnico del decreto e in particolare:

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 comunicazione 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 un'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.

Nell'ipotesi in cui più soggetti non persone fisiche controllino una partecipazione al capitale della società-cliente, o una percentuale dei diritti di voto, nella società, superiore al 25%, il predetto criterio di individuazione del titolare effettivo del cliente trova applicazione con riguardo a ciascuno dei citati soggetti.

Il titolare effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione della società, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai soci, con riguardo, in

particolare, alle decisioni relative alla nomina degli amministratori. Tale circostanza assume precipuo rilievo quando non ricorra alcuna delle condizioni di cui sopra.

Persone politicamente esposte

Per persone politicamente esposte (PEPs) si intendono le persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o in Stati extra-comunitari, nonché sul territorio nazionale, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami individuati sulla base dei criteri di cui all'allegato tecnico del D.lgs. 231/2007 e all'art. 23 del Reg. IVASS 5/2014.

Art. 1 Allegato Tecnico al D. lgs. 231/2007 (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 persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
- 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.

L'art. 23 co. 9 del Regolamento IVASS 5/2014 estende l'obbligo di adeguata verifica rafforzata ai PEPs nazionali.

Documenti di identità e di riconoscimento

Rif.: art 19 del D. lgs. 231/2007 e art. 3 del relativo Allegato Tecnico.

Per documenti di identità e di riconoscimento si intendono: carta di identità, passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, ogni tessera di riconoscimento se munita di fotografia e di timbro (od altra segnatura equivalente) rilasciata da un'Amministrazione dello Stato.

In caso di soggetti non comunitari, i documenti validi per l'identificazione sono: il passaporto, il permesso di soggiorno, il titolo di viaggio per stranieri rilasciato dalla Questura o altro documento da considerarsi equivalente ai sensi della normativa italiana.

Per l'identificazione dei minori, in mancanza di un documento di identità o di riconoscimento, i documenti validi sono: certificato di nascita, eventuale provvedimento del giudice tutelare, una foto autenticata.

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Polizza n. _____

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

- Contraente
- Assicurato
- Beneficiario

Preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice Privacy), riportata in documento separato che dichiaro di aver ricevuto, e consapevole degli effetti del rifiuto del consenso:

- acconsento
- non acconsento

al trattamento dei dati personali comuni e sensibili di cui alla lettera A) **(Trattamento dei dati personali per finalità assicurative);**

Luogo e Data _____ Firma _____

- acconsento
- non acconsento

al trattamento dei dati personali di cui alla lettera B) **(Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali);**

Luogo e Data _____ Firma _____

- acconsento
- non acconsento

al trattamento dei dati personali di cui alla lettera C) **(Acquisizione dati personali dalla banca dati anagrafica dell'intermediario collocatore).**

Luogo e Data _____ Firma _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale FATCA e CRS – PERSONE FISICHE

A seguito dell'entrata in vigore delle normative F.A.T.C.A. e C.R.S. finalizzate a contrastare le frodi e l'evasione fiscale transfrontaliera, Assimoco Vita S.p.A., in qualità di intermediario finanziario, è tenuta tramite l'amministrazione finanziaria italiana a comunicare alle autorità fiscali estere competenti le polizze vita sottoscritte dai contribuenti fiscalmente residenti negli Stati Uniti d'America o in altri Stati diversi dall'Italia. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed un'autocertificazione, sottoscritta dal Contraente/Beneficiario.

Il Contraente / Il Beneficiario _____
(Nome e Cognome)

dichiara:

di avere la cittadinanza: _____

altra eventuale cittadinanza: _____

altra eventuale cittadinanza: _____

Il Contraente/Beneficiario dichiara di avere la sola residenza fiscale italiana SI NO

Sezione A – Dichiarazione da compilare da parte delle Persone Fisiche residenti negli Stati Uniti d'America – ai sensi della normativa FATCA

Il Contraente/Beneficiario dichiara di essere fiscalmente residente negli Stati Uniti d'America SI NO

In caso di risposta positiva, si richiede la **compilazione del seguente campo**

TIN (TAX IDENTIFICATION NUMBER) _____

Nel caso in cui il Contraente/Beneficiario non fosse fiscalmente residente negli Stati Uniti ed in presenza di luogo di nascita, cittadinanza, domicilio, conto corrente negli U.S.A., il cliente dovrà fornire, oltre al documento di riconoscimento non U.S.A., un certificato di perdita di cittadinanza U.S.A. o evidenza che il soggetto trascorre più di 183 giorni fuori dagli USA.

Sezione B – Dichiarazione da compilare da parte delle Persone Fisiche residenti in un uno Stato (diverso dall'Italia e dagli Stati Uniti d'America) – ai sensi della normativa CRS

Il Contraente/Beneficiario dichiara di essere fiscalmente residente nel/i seguente/i Paese/i:

Nazione - 1 _____

fornendo il proprio Codice Fiscale, se previsto dalla Nazione di residenza fiscale

Codice Fiscale estero (NIF) _____

Il Contraente/Beneficiario dichiara di essere fiscalmente residente nel/i seguente/i Paese/i:

Nazione - 2 _____

fornendo il proprio Codice Fiscale, se previsto dalla Nazione di residenza fiscale

Codice Fiscale estero (NIF) _____

di non essere fiscalmente residente in nessun altro Paese all'infuori di quelli sopra indicati.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara che le informazioni rese (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000) corrispondono al vero, impegnandosi a comunicare eventuali cambiamenti delle informazioni fornite alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi della medesima variazione.

Il Contraente/Beneficiario autorizza Assimoco Vita a fornire, direttamente o indirettamente, all'amministrazione finanziaria o a qualsiasi soggetto autorizzato a controllare ai fini fiscali, le informazioni relative alle normative FATCA e CRS.

Luogo e data

Firma Contraente/Beneficiario