

Aviva Selection Plan New

Contratto di Assicurazione a Vita
Intera a Premio Annuo (Tariffe U01A - U01B)



PROPOSTA-CERTIFICATO

Codice Sog. Incaricato	<input type="text"/>	Soggetto Incaricato	<input type="text"/>
Codice SubAgente	<input type="text"/>	SubAgente	<input type="text"/>

CONTRAENTE	COGNOME (del Contraente o del Legale Rappresentante (*))		NOME		CODICE FISCALE			SESSO	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	RESIDENZA (Via e N. Civico)			C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO		
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	C.IDENT.	PASSAP.	PAT.GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	PROFESSIONE				ATTIVITÀ ECONOMICA				
	<input type="text"/>				SAE <input type="text"/> TAE <input type="text"/> RAE <input type="text"/>				
NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UN'IMPRESA									
RAGIONE SOCIALE							PARTITA IVA		
<input type="text"/>							<input type="text"/>		
RESIDENZA (Via e N. Civico)			C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO			
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ATTIVITÀ LAVORATIVA PREVALENTE				CODICE SAE		CODICE RAE		CODICE ATECO	
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
IN CASO DI ENTE NO PROFIT/ONLUS, QUAL È LA CLASSE DI SOGGETTI CHE BENEFICIA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE DALL'ENTE?						N° ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE/REA			
<input type="text"/>						<input type="text"/>			

(*) SI ALLEGA UN DOCUMENTO COMPROVANTE IL POTERE DI RAPPRESENTARE LEGALMENTE L'ENTE CONTRAENTE (IMPRESA)

(da compilare solo se diverso dal Contraente)

ASSICURATO	COGNOME		NOME		CODICE FISCALE			SESSO		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.	CITTADINANZA				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	RESIDENZA (Via e N. Civico)			C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	C.IDENT.	PASSAP.	PAT.GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	PROFESSIONE			ATTIVITÀ EXTRAPROFESSIONALI			ATTIVITÀ ECONOMICA			
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			SAE <input type="text"/> TAE <input type="text"/> RAE <input type="text"/>			

BENEFICIARI	Il Contraente designa i seguenti Beneficiari:	
	In caso di morte _____	
	Luogo e data, _____	

FIRMA DEL CONTRAENTE

CARATTERISTICHE CONTRATTO	Premio Annuo: _____ Euro	<p>Il Contraente sceglie la seguente suddivisione del Capitale Investito - pari al Premio versato al netto del caricamento - tra la Gestione Interna Separata "LIFIN" e il Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS":</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>COMBINAZIONE PREDEFINITA</th> <th>RIPARTIZIONE DEL PREMIO INVESTITO</th> <th>COMBINAZIONE PREDEFINITA SCELTA DAL CONTRAENTE ⁽¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Combinazione 1</td> <td>80% Gestione Interna Separata "LIFIN" 20% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combinazione 2</td> <td>65% Gestione Interna Separata "LIFIN" 35% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combinazione 3</td> <td>50% Gestione Interna Separata "LIFIN" 50% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combinazione 4</td> <td>35% Gestione Interna Separata "LIFIN" 65% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combinazione 5</td> <td>20% Gestione Interna Separata "LIFIN" 80% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>⁽¹⁾ Barrare una sola combinazione.</p>	COMBINAZIONE PREDEFINITA	RIPARTIZIONE DEL PREMIO INVESTITO	COMBINAZIONE PREDEFINITA SCELTA DAL CONTRAENTE ⁽¹⁾	Combinazione 1	80% Gestione Interna Separata "LIFIN" 20% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>	Combinazione 2	65% Gestione Interna Separata "LIFIN" 35% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>	Combinazione 3	50% Gestione Interna Separata "LIFIN" 50% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>	Combinazione 4	35% Gestione Interna Separata "LIFIN" 65% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>	Combinazione 5	20% Gestione Interna Separata "LIFIN" 80% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>
	COMBINAZIONE PREDEFINITA		RIPARTIZIONE DEL PREMIO INVESTITO	COMBINAZIONE PREDEFINITA SCELTA DAL CONTRAENTE ⁽¹⁾																
	Combinazione 1		80% Gestione Interna Separata "LIFIN" 20% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>																
	Combinazione 2		65% Gestione Interna Separata "LIFIN" 35% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>																
	Combinazione 3		50% Gestione Interna Separata "LIFIN" 50% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>																
	Combinazione 4		35% Gestione Interna Separata "LIFIN" 65% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>																
	Combinazione 5		20% Gestione Interna Separata "LIFIN" 80% Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS"	<input type="checkbox"/>																
	(importo minimo annuo 1.200,00 Euro)																			
	Rata di perfezionamento: _____ Euro																			
	Frazionamento:																			
<input type="checkbox"/> Annuale <input type="checkbox"/> Mensile																				
Durata Pagamento Premi: _____ Età Assicurato: _____																				
Capitale Assicurato Iniziale: _____ Euro																				
SPESE: la percentuale di caricamento applicata al premio versato varia in funzione dell'importo del premio annuo: per importi da 1.200,00 a 4.999,99 Euro è pari al 3,00%, per importi da 5.000,00 a 9.999,99 Euro è pari al 2,00%, per importi da 10.000,00 a 18.000,00 Euro è pari all'1%.																				

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO:

I sottoscritti Contraente ed Assicurato (se diverso dal Contraente):

- confermano che tutte le dichiarazioni contenute nella presente Proposta-Certificato - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- dichiarano di essere a conoscenza che la presente Proposta-Certificato è parte integrante del Fascicolo Informativo e delle eventuali Appendici al Contratto;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente Proposta-Certificato ed il pagamento del primo premio annuo o delle prime tre rate di premio in caso di frazionamento mensile che il Contratto è concluso e che Aviva Life S.p.A. - l'Impresa - si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE alla stessa, fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;

- prendono atto che il Contratto decorre dal secondo giorno di Borsa aperta successivo alla Data di ricevimento della Proposta-Certificato da parte del Soggetto Incaricato, fatto salvo il mancato ricevimento del premio da parte dell'Impresa.

L'Impresa invia al Contraente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che attesta il ricevimento del premio da parte dell'Impresa e riepiloga i dati identificativi del Contratto;

- dichiarano di aver preso conoscenza dell'Art. 2 "CONFLITTO DI INTERESSI" delle Condizioni di Assicurazione;
- prendono atto che il pagamento del primo premio verrà quietanzato sulla presente Proposta-Certificato e verrà pagato con le modalità di seguito indicate (vedere la sezione relativa ai Pagamenti).

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente, acconsente alla sottoscrizione della presente Proposta-Certificato, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile.

Il Contraente dichiara di AVER LETTO e ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

Luogo e data,

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

(se diverso dal Contraente)

DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE SOLO NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UNA PERSONA GIURIDICA

Il Contraente si impegna a tenere tempestivamente aggiornata l'Impresa di Assicurazione, nel corso della durata contrattuale, in merito ai rapporti partecipativi superiori al 25% che abbia in corso con altri Soggetti.

Inoltre, nel caso in cui alla data di sottoscrizione della presente Proposta-Certificato il Contraente abbia già in essere rapporti di cui sopra, indica di seguito i dati riferiti a tali Soggetti:

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA	
RESIDENZA (Via e N. Civico)		C.A.P. E LOCALITÀ	PROV. STATO

Luogo e data,

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può inoltre recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto. Il diritto di recesso libera il Contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

L'Impresa entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente:

- qualora la richiesta di recesso pervenga all'Impresa antecedentemente alla Data di Decorrenza, il Premio versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga all'Impresa a partire dal giorno della Data di Decorrenza, la somma dei due seguenti importi:
 1. la parte del Premio destinato alla Gestione Interna Separata "LIFIN"
 2. la parte del Premio destinato al Fondo Interno Assicurativo "CU NEW TAURUS" maggiorato o diminuito della differenza fra il Valore unitario delle Quote del secondo giorno di Borsa aperta successivo al ricevimento, da parte dell'Impresa, della comunicazione di Recesso ed il Valore unitario delle stesse alla Data di Decorrenza, moltiplicato per il numero delle Quote acquisite alla Data di Decorrenza del Contratto.

Luogo e data,

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

(se diverso dal Contraente)

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - i seguenti articoli e norme:

Art. 3: Prestazioni del Contratto; Art. 4: Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 5: Conclusione del Contratto; Art. 6: Decorrenza del Contratto; Art. 7: Diritto di Recesso del Contraente; Art. 15: Sospensione del Pagamento dei Premi; Art. 17: Riduzione; Art. 18: Riscatto; Art. 23: Pagamenti dell'Impresa; Art. 26: Cessione, Pegno e Vincolo; 3.1: Clausola di Rivalutazione.

Luogo e data,

FIRMA DELL'ASSICURATO

(se diverso dal Contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER:

- ricevuto il Fascicolo Informativo contenente la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione Interna Separata e del Regolamento del Fondo Interno Assicurativo, il Glossario, le Informazioni sul trattamento dei dati personali e la presente Proposta-Certificato che definiscono il Contratto;
- ricevuto il Progetto esemplificativo personalizzato relativo alla "Formula Rivalutabile";
- ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'Art. 49 comma 2, lett. a) del Regolamento IVASS n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario).
- ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'Art. 49 comma 2, lett. a) bis del Regolamento IVASS n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- LETTO, COMPRESO e ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e data,

FIRMA DEL CONTRAENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS. N. 196/2003

Io/Noi sottoscritto/i, confermando di aver ricevuto e letto l'Informativa contenuta nel Fascicolo Informativo: Acconsento/fiamo al trattamento dei dati personali di natura sensibile eventualmente forniti, per le finalità assicurative descritte nel punto 1 dell'informativa.

Sono/Siamo consapevole/i che solo barrando la casella SI e sottoscrivendo il presente consenso l'Impresa potrà dar corso alla regolare esecuzione del Contratto di assicurazione nel caso sia necessario procedere al trattamento dei miei/nostri dati sensibili.

SI NO (risposta fornita dal Contraente)

SI NO (risposta fornita dall'Assicurato se diverso dal Contraente)

Luogo e data,

FIRMA DELL'ASSICURATO

(se diverso dal Contraente)

FIRMA DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Soggetto Incaricato nella sua qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa, incassa il premio

pari a Euro e ne fa trasmissione ad Aviva Life S.p.A..

Il pagamento di tale premio viene effettuato con:

assegno bancario/circolare emesso dalla sottoscritta Contraente, intestato

ad Aviva Life S.p.A.

estremi identificativi dell'assegno: Azienda di Credito:

codice CAB codice ABI n. assegno

oppure

al Soggetto Incaricato nella sua qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa, esclusivamente nel caso in cui il Soggetto Incaricato sia una Agenzia/Broker

estremi identificativi dell'assegno: Azienda di Credito:

codice CAB codice ABI n. assegno

bonifico bancario effettuato dal Contraente ed intestato ad Aviva Life S.p.A.

con accredito codice IBAN IT 97 P 05034 01625 000000100378 - BANCO POPOLARE SOCIETÀ COOPERATIVA

specificando nella causale il nome del Contraente ed il numero della Proposta-Certificato (allegare copia del bonifico effettuato dal Contraente all'Impresa).

bonifico bancario effettuato dal Contraente, esclusivamente nel caso in cui il Soggetto Incaricato sia una Agenzia/Broker

ed intestato a - **Soggetto Incaricato nella Sua qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa** -

con accredito codice IBAN BANCA

specificando nella causale il nome del Contraente ed il numero della Proposta-Certificato (allegare copia del bonifico effettuato dal Contraente)

carta di debito (dalla data di operatività)

Attenzione: nel caso di pagamento del premio mediante mezzi non direttamente indirizzati all'Impresa ovvero intestati al Soggetto Incaricato, nella Sua qualità di intermediario autorizzato dall'Impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio all'Impresa è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente Proposta-Certificato.

Il Contraente si impegna a corrispondere i successivi importi esclusivamente con procedura di addebito automatico sul conto corrente (procedura RID); pertanto si impegna a compilare debitamente l'apposito modulo bancario allegato alla presente Proposta-Certificato.

Dati identificativi dell'intestatario del conto corrente se diverso dal contraente (da compilare solo per importi di premio pari o superiori a Euro 5.000,00)

COGNOME E NOME	
CODICE FISCALE	PROFESSIONE
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA
NAZIONALITÀ	ATTIVITÀ ECONOMICA: SAE [][][] TAE [][][] RAE [][][] ATECO [][][][][]
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
COMUNE	PROV. C.A.P.
PAESE	
DOCUMENTO D'IDENTITÀ	NUMERO
RILASCIATO DA	DATA RILASCIO

Persona Politicamente Esposta (PEP) SI NO

Luogo e data,

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO (Da compilare contestualmente all'incasso del premio)

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione dei sottoscrittori le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del premio di perfezionamento è stato effettuato con la modalità scelta dal Contraente nella data sotto indicata. Si dichiara inoltre di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Cognome e Nome _____ Codice Sog. Incar. _____ Codice Ag. _____
 Luogo _____ Data _____ Firma del Soggetto Incaricato _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver risposto alle domande del "Questionario per la valutazione dell'Adeguatezza" secondo quanto riportato nel questionario stesso.

Luogo e data,

FIRMA DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'Adeguatezza" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

Luogo e data,

FIRMA DEL CONTRAENTE

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Intermediario (Nome - Cognome - Codice) _____ dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulterà o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

.....

Luogo e data,

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO

FIRMA DEL CONTRAENTE

Data ultimo aggiornamento: 30 dicembre 2015



MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

SEZIONE A DATI IDENTIFICATIVI

Le indicazioni contrassegnate con l'asterisco sono riferite alle persone giuridiche

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE DEL RAPPORTO CONTINUATIVO

I dati identificativi del Contraente sono riportati nella Sezione "Contraente" della Proposta-Certificato alla quale il presente Modulo si riferisce.

Persona Politicamente Esposta (PEP)³ SI NO

DATI IDENTIFICATIVI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE *

I dati identificativi del Legale Rappresentante sono riportati nella Sezione "Contraente" della Proposta-Certificato alla quale il presente Modulo si riferisce.

L'esecutore coincide con il contraente? SI NO

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE¹

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

PROFESSIONE - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREVALENTE

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

NAZIONALITÀ

ATTIVITÀ ECONOMICA:

SAE _____

TAE _____

RAE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

COMUNE

PROV.

C.A.P.

PAESE

DOCUMENTO D'IDENTITÀ

NUMERO

RILASCIATO DA

DATA RILASCIO

¹ L'Esecutore è il soggetto a cui siano conferiti poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente. 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.

Esistono uno o più titolari effettivi

Non esiste il titolare effettivo

Motivazione _____

DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI CONTRAENTE PERSONA FISICA

Il Titolare Effettivo (si rimanda alla nozione di Titolare effettivo - ultima pagina del modulo) coincide con il contraente? SI NO

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO²

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

PROFESSIONE - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREVALENTE

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

NAZIONALITÀ

ATTIVITÀ ECONOMICA:

SAE _____

TAE _____

RAE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA

COMUNE

PROV.

C.A.P.

PAESE

DOCUMENTO D'IDENTITÀ

NUMERO

RILASCIATO DA

DATA RILASCIO

Persona Politicamente Esposta (PEP)³ SI NO

DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI CONTRAENTE PERSONA FISICA

Intrattiene rapporti professionali con il Contraente o è all'interno del nucleo familiare del Contraente

NON Intrattiene rapporti professionali con il Contraente o NON è all'interno del nucleo familiare del Contraente

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO²

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

PROFESSIONE - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREVALENTE

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO ²					
COGNOME E NOME					
CODICE FISCALE			PROFESSIONE - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREVALENTE		
LUOGO DI NASCITA				DATA DI NASCITA	
NAZIONALITÀ			ATTIVITÀ ECONOMICA: SAE [][][][] TAE [][][][] RAE [][][][]		
INDIRIZZO DI RESIDENZA					
COMUNE			PROV.	C.A.P.	PAESE
DOCUMENTO D'IDENTITÀ	NUMERO	RILASCIATO DA			DATA RILASCIO
Persona Politicamente Esposta (PEP) ³ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI CONTRAENTE PERSONA FISICA					
<input type="checkbox"/> Intrattiene rapporti professionali con il Contraente o è all'interno del nucleo familiare del Contraente					
<input type="checkbox"/> NON Intrattiene rapporti professionali con il Contraente o NON è all'interno del nucleo familiare del Contraente					

² I campi sono da compilare in modo multiplo solo nel caso di una pluralità di titolari effettivi

SEZIONE B ADEGUATA VERIFICA

Tipologia di rapporto continuativo					
<input type="checkbox"/> Apertura					
Scopo prevalente del rapporto					
<input type="checkbox"/> <u>Esigenze familiari / personali</u>		<input type="checkbox"/> <u>Esigenze aziendali / commerciali / professionali</u>			
<input type="checkbox"/> Protezione	<input type="checkbox"/> Risparmio	<input type="checkbox"/> Investimento	<input type="checkbox"/> Protezione	<input type="checkbox"/> Risparmio	<input type="checkbox"/> Investimento
Conoscenza del cliente					
Da quanti anni è attivo il suo rapporto con l'Intermediario?					
<input type="checkbox"/> meno di un anno	<input type="checkbox"/> da 1 a 5 anni	<input type="checkbox"/> più di 5 anni			
Fascia di reddito del Cliente:					
<input type="checkbox"/> Fino a 50.000 Euro all'anno	<input type="checkbox"/> Oltre 50.000 Euro e fino a 150.000 Euro all'anno	<input type="checkbox"/> Oltre 150.000 Euro			
Natura del rapporto					
<input type="checkbox"/> L'assicurato fa parte del nucleo familiare del contraente o ha rapporti professionali con lo stesso?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se NO specificare il rapporto tra le parti					
<input type="checkbox"/> Il beneficiario/i fa/fanno parte del nucleo familiare del contraente o ha/hanno rapporti professionali con lo stesso?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se NO specificare il rapporto tra le parti					
Ulteriori informazioni					
Qual è la provenienza delle somme utilizzate per il pagamento dei premi relativi alla polizza?					
<input type="checkbox"/> Attività lavorativa dipendente	<input type="checkbox"/> Vendita immobili	<input type="checkbox"/> Reinvestimento	<input type="checkbox"/> Rendita asset Finanziari	<input type="checkbox"/> Vincita	
<input type="checkbox"/> Attività lavorativa in proprio	<input type="checkbox"/> Rendita Immobili	<input type="checkbox"/> Disinvestimento	<input type="checkbox"/> Donazioni	<input type="checkbox"/> Eredità	
<input type="checkbox"/> Altro Specificare					

Si rammenta al contraente l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007, di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e alla banca di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Si evidenzia che l'impossibilità di completare l'adeguata verifica può richiedere all'impresa di assicurazione di astenersi dall'effettuare l'operazione richiesta, ovvero di restituire le disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dall'aderente stesso, e di procedere alla chiusura del rapporto continuativo, secondo le modalità previste dalla legge.

<input type="checkbox"/> Persona giuridica / ditta individuale:	
<input type="checkbox"/> S.p.A.	<input type="checkbox"/> Diversa da S.p.A.
<input type="checkbox"/> Società Quotata:	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Persona fisica:	
<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Dirigente / Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Libero professionista
<input type="checkbox"/> Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)	<input type="checkbox"/> Pensionato

I termini sono da intendersi al maschile e al femminile

(sede dell'agenzia/filiale):

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto/operazione riprodotti negli appositi campi della presente scheda corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza anche relativamente all'eventuale Titolare Effettivo del rapporto/operazione.

Luogo e data

FIRMA DEL CONTRAENTE / LEGALE RAPPRESENTANTE / ESECUTORE

FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act

Dichiaro che il contraente ha residenza fiscale negli Stati Uniti d'America ai sensi e per gli effetti dell'accordo intergovernativo tra gli Stati Uniti d'America e l'Italia, firmato in data 10 gennaio 2014.

SI NO

In caso di SI si richiede il TIN _____

[SOLO PER LE PERSONE FISICHE]:

In caso di NO, in presenza di uno dei seguenti elementi: luogo di nascita, cittadinanza, domicilio, conto corrente o esecutore/delegato U.S. (Stati Uniti d'America) il cliente dovrà fornire, oltre al Documento d'identità non US (carta identità o passaporto), Certificato di Perdita di Cittadinanza US o evidenza che il soggetto trascorre più di 183 giorni fuori dagli USA.

RESIDENZA FISCALE: _____

CITTADINANZA 1: _____

CITTADINANZA 2: _____

CITTADINANZA 3: _____

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto di sottoscrizione il cliente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto/operazione riprodotti negli appositi campi della presente scheda corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza anche relativamente all'eventuale Titolare Effettivo del rapporto/operazione.

Luogo e data

FIRMA DEL CONTRAENTE / LEGALE RAPPRESENTANTE / ESECUTORE

SEZIONE C ADEGUATA VERIFICA (da riempire a cura dell'operatore/intermediario)**Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto**

- Normale
 Anomalo (riluttante e/o poco chiaro nel fornire informazioni sufficienti e/o adotta un comportamento inusuale)

Modalità di svolgimento del rapporto continuativo/dell'operazione

- In presenza del solo esecutore
 In presenza del cliente / legale rappresentante

L'intermediario dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione del contraente/sottoscrittore della presente scheda secondo le modalità e nell'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 231/2007 e successive modificazioni.

Agenzia n. _____ Nome e cognome (stampatello) del soggetto incaricato _____

Luogo e data

FIRMA

SANZIONI PENALI

Art. 55, co. 2 e 3 del D.lgs. 231/2007 e s.m.i.

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.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 2 Allegato Tecnico al D.lgs. 231/2007 e s.m.i. (Rif. art. 1, co. 2, lett. u D.lgs. 231/2007 e s.m.i.)

1. 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 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 a 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.

c) **Art. 28 Reg. 5 Ivass del 21 luglio 2014 (Contratto per conto altrui)**

Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, co.2, lett o D.lgs. 231/2007 e s.m.i. e Art. 23 Reg. 5 Ivass del Luglio 2014 (Persone Politicamente Esposte e PEPs)

Le persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base di criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto (D.lgs. 231/2007 e s.m.i.).

Art. 1 Allegato Tecnico al D.lgs. 231/2007 e s.m.i. (Rif. art. 1, co. 2, lett. o D.lgs. 231/2007 e s.m.i.)

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.

Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_life_spa@legalmail.it



Aviva Life S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006

Aviva Life S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_life_spa@legalmail.it



Aviva Life S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano Capitale Sociale Euro 25.480.080,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1355410 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 10210040159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 (Gazzetta Ufficiale n. 82 del 07/04/1992) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00103 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00006