AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana
Via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec: alpi_italia@legalmail.it

Alla Direzione di:
Aviva Life & Pensions Ireland DAC
Succursale Italiana

Ufficio liquidazioni vita
Via Arbe, 49 20125 Milano
liquidazioni_vita@gruppocnp.it

Servizio Cliente: 800 11 44 33
www.gruppocnp.it

INTERMEDIARIO _____ **COD. INTERMEDIARIO** |_|_|_|_|_|

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SINISTRO

POLIZZA VITA N. _____ **PROPOSTA N.** _____
EFFETTO _____ **ULTIMA RATA PAGATA** _____

LA DOCUMENTAZIONE COMPLETA CONSENTIRÀ DI EROGARE UN MIGLIOR SERVIZIO, IN TERMINI DI RAPIDITÀ DELLA PRATICA DI LIQUIDAZIONE

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE

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

Dati identificativi del Contraente del rapporto continuativo

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____
Codice Fiscale / P. IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Società quotata SI ☐ NO ☐
Professione / Attività Prevalente (Persone Fisiche) _____ - Codice TAE _____
Attività Economica (Persone Giuridiche) / Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. ATECO _____
In caso di Ente No Profit/Onlus, qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente? _____
_____
N Iscrizione Registro delle Imprese/REA _____
Luogo e data di nascita / Costituzione _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza / Sede legale _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di corrispondenza (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione ____/____/_____ Scadenza ____/____/_____

INDIRIZZO E-MAIL _____ **RECAPITO TELEFONICO** _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Dati identificativi del Legale rappresentante (solo se Contraente persona giuridica)

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) ____/____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione ____/____/_____ Scadenza ____/____/_____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO

(SOLO SE L'ASSICURATO E' PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE)

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

SINISTRO

Il/i sottoscritto/i Beneficiario/i chiede/dono, in seguito al decesso dell'Assicurato avvenuto in data_____ a causa di:

☐ **MORTE NATURALE** ☐ **MORTE VIOLENTA** ☐ **MORTE DA INFORTUNIO**

La liquidazione della prestazione assicurativa per il caso di morte e, qualora ne ricorrano i presupposti, il capitale relativo alla garanzia completamente infortuni (se contrattualmente prevista). A tale scopo si allega la seguente documentazione (barrare la casella della documentazione allegata):

☐ **Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;**

☐ **Dichiarazione sostitutiva autenticata di atto notorio:**
che deve riportare che "il dichiarante ha espletato ogni tentativo e compiuto quanto in suo potere per accertare":

☐ **a). in caso di assenza di testamento**
- ☐ la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- ☐ nel caso in cui i beneficiari siano gli **eredi legittimi**: chi sono tutti i soggetti chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve nel sono altri oltre a quelli indicati.

☐ **b). in caso di esistenza di testamento**
- ☐ che il testamento presentato è l'unico valido o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto l'ultimo valido e che non sono state mosse contestazioni verso il testamento o i testamenti, precisandone gli estremi (data di pubblicazione, numero di repertorio e di raccolta)
- ☐ nel caso in cui i beneficiari siano gli **eredi legittimi**: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi, con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati;
- ☐ nel caso in cui i beneficiari siano gli **eredi testamentari**: chi sono tutti i chiamati alla successione come unici eredi testamentari, distinguendoli quindi da eventuali legatari; solo qualora il testamento disponga di solo legati si rende necessaria l'indicazione di tutti i chiamati alla successione come unici eredi legittimi con la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati.
- ☐ **allegare inoltre verbale di pubblicazione e copia autenticata del testamento.**

Per ciascun nominativo indicato, in base ai punti a) e b) precedenti, come chiamato alla successione, la dichiarazione deve riportare :

☐ nominativo, data di nascita, grado di parentela e capacità di agire;

☐ qualora tra gli eredi legittimi vi fossero "nipoti" / "pronipoti", specificare, oltre alle loro generalità, la data di decesso del parente del defunto in rappresentazione del quale vantano il titolo di erede.

DOCUMENTAZIONE MEDICA:

☐ In caso di morte naturale - per i prodotti di investimento: Certificato Medico attestante la causa del decesso da presentare, nei casi normati dalle condizioni contrattuali (esempio: polizze che prevedono una maggiorazione del capitale caso morte, applicabilità delle esclusioni, complementari infortuni, garanzie accessorie, polizze miste emesse con rapporto di visita medica).
Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione nei casi in cui, dal certificato del medico curante *emergano elementi discordanti che in qualsiasi modo contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (esempio: dichiarazione di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario, qualora presenti). In questo caso l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ai beneficiari la produzione di ulteriore documentazione medica (modulo ISTAT rilasciato dal Comune, relazione sanitaria del medico curante attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri);*

☐ In caso di morte naturale - ***per i prodotti Temporanee Caso Morte*: Relazione Sanitaria del Medico Curante**, attentamente e scrupolosamente compilata in ogni sua parte, che debba, ***obbligatoriamente***, riportare la causa ed il luogo del decesso, eventuali patologie pregresse e/o fattori di rischio (esempio: ipertensione, diabete, fumo, obesità) indicando relativo mese e anno di insorgenza ed eventuali terapie farmacologiche su base continuativa specificando il mese e l'anno di inizio trattamento.
Si precisa che l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere eventuale ulteriore documentazione nei casi in cui, dalla relazione sanitaria del medico curante:

a) emergano elementi discordanti, che non chiariscano la data di insorgenza di patologie o inizio trattamento farmacologico.

b) emergano informazioni che necessitano di ulteriori approfondimenti (esempio : causa della morte correlata con patologie pregresse per le quali non viene indicata la data di insorgenza, decessi avvenuti nel primo anno di copertura, decessi causati da malattie che hanno colpito l'assicurato in giovane età, decessi avvenuti in seguito a malattie professionali, infettive e virali, decessi avvenuti in Paesi Esteri).

c) emergano informazioni che contrastino con quanto dichiarato dall'Assicurato in fase di sottoscrizione (dichiarazione di buono stato di salute o risposte fornite all'interno del questionario anamnestico/sanitario).

Nei casi a) b) e c) precedenti, l'Impresa di Assicurazione si riserva di richiedere ai Beneficiari la produzione di ulteriore documentazione sanitaria (modulo ISTAT rilasciato dal Comune, lettere di dimissioni e/o cartelle cliniche relative a precedenti ricoveri).

☐ **In caso di morte violenta:** nel caso in cui la causa del decesso sia conseguenza di un evento violento (infortunio, omicidio o suicidio), oltre all'eventuale documentazione necessaria per morte naturale, l'Impresa di Assicurazione necessita ricevere copia del **verbale dell'Autorità giudiziaria** che ha effettuato gli accertamenti, unitamente alla copia del **referto autoptico e delle indagini tossicologiche**, se presenti; in alternativa, **decreto di archiviazione emesso dall'Autorità Giudiziaria competente**.
Si precisa che per le polizze di investimento la documentazione necessaria per i casi di morte violenta verrà richiesta dalla Compagnia nei casi normati dalle condizioni contrattuali (esempio: polizze che prevedono una maggiorazione del capitale caso morte, applicabilità delle esclusioni, complementari infortuni, garanzie accessorie, polizze miste emesse con rapporto di visita medica).

Si precisa che il Beneficiario che dimostri oggettivamente all'Impresa la propria difficoltà ad acquisire l'eventuale cartella clinica richiesta può conferire specifico mandato affinché sia l'Impresa stessa, nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati sensibili, a sostituirsi a lui nella richiesta della stessa. Per ricevere informazioni al riguardo è possibile contattare la Compagnia al seguente numero verde: 800.11.44.33, operativo dal lunedì al venerdì dalle h. 9.00 alle h 18:00.

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN CASI PARTICOLARI

☐ **in presenza di incapaci: minori, inabilitati, interdetti, amministrati**: copia del decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione), che autorizzi il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (Esecutore) in nome e per conto del soggetto sottoposto a tutela/curatela o amministrazione di sostegno a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del contratto, indicandone il numero di polizza, l'importo che verrà liquidato e come verrà reimpiegato (per importi entro i 2.500,00 Euro sarà possibile sottoscrivere una manleva).

☐ **in presenza di inabilitati, interdetti, amministrati**: Autorizzazione al trattamento di dati sanitari per le finalità assicurative, descritte nell'informativa privacy, con relativa conferma di ricezione, lettura e comprensione della stessa.

☐ **in caso di procura**: copia della procura, autenticata dalle autorità competenti, che contenga l'espressa autorizzazione a favore del procuratore (Esecutore) a riscuotere la somma dovuta derivante dalla liquidazione del contratto, indicandone il numero di polizza (segnaliamo in merito che non potranno essere ritenute valide procure rilasciate per pratiche successorie).

☐ **nel caso in cui il beneficiario sia una Società**: copia del Decreto di Nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente (copia della visura camerale, prospetto cerved) dal quale si evinca il nominativo aggiornato del legale rappresentante.

☐ **ALTRO (descrivere l'ulteriore documentazione allegata):**_____

☐ **ESONERO PAGAMENTO PREMI** ☐ **INVALIDITA' PERMANENTE** ☐ **INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**

La Compagnia comunicherà a seconda delle tipologia del sinistro la documentazione da produrre.

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

DATI IDENTIFICATIVI DEL 1° BENEFICIARIO

Il Beneficiario coincide con il Contraente SI ☐ NO ☐

Se "NO" fornire i dati identificativi del Beneficiario

Se "NO" il Beneficiario ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Contraente? SI ☐ NO ☐

Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____

Codice Fiscale / P. IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Professione/Attività Prevalente (Persone Fisiche) _____ - Codice TAE _____

Attività Economica (Persone Giuridiche) / Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. ATECO _____

In caso di Ente No Profit/Onlus, qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente? _____

_____

N Iscrizione Registro delle Imprese/REA _____

Luogo e data di nascita / Costituzione _____ (_____) _____/_____/_____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza / Sede legale _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di corrispondenza (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Emissione ____/____/_____ Scadenza ____/____/_____

INDIRIZZO E-MAIL _____ **RECAPITO TELEFONICO** _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

DICHIARAZIONE DI ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALE SOLO PER PERSONE GIURIDICHE

Al fine di una corretta applicazione della tassazione, il sottoscritto dichiara che le somme rinvenienti dalla liquidazione:

☐ **verranno** incassate nell'esercizio di un' attività commerciale.

☐ **non verranno** incassate nell'esercizio dell'attività commerciale, pertanto ai sensi del D.lgs n. 47/2000 la Compagnia procederà all'applicazione delle ritenute d'imposta e/o dell'imposta sostitutiva sui proventi costituenti reddito di capitale.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL 1° BENEFICIARIO

Il Beneficiario chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente:

Paese	CIN Euro	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente

Intestatario del Conto Corrente _____

Codice Fiscale / P.IVA dell'Intestatario del Conto Corrente _____

"Si rammenta che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa"

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente estero intestato al Beneficiario, sarà indispensabile fornire documentazione attestante la residenza, anche temporanea, all'estero (ad esempio: carta di identità, passaporto, C.F. estero, iscrizione all'AIRE); qualora non fosse in grado di esibire suddetta documentazione, le richiediamo di argomentare le motivazioni ovvero le circostanze per le quali richiede la liquidazione della polizza su un conto corrente estero.
Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente (in Italia oppure all'estero) non intestato al Beneficiario sarà indispensabile far compilare e far sottoscrivere all'Intestatario del conto corrente il modulo "Dati Indentificativi dell'Intestatario del Conto Corrente" disponibile e scaricabile dal sito https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana

Il Beneficiario/Esecutore, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dai 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
Si ricorda inoltre al Beneficiario/Esecutore l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007 e Regolamento IVASS n.44/2019 di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della cliente la cui informativa è disponibile sul sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana. nel documento "Informative".

_____ _____
Luogo e Data **Firma del Beneficiario/ Legale Rappresentante/ Esecutore**

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario dichiara:
1. di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia;
   e/o
2. di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazioni negli USA;

SI ☐ **NO** ☐ **IN CASO DI RISPOSTA "SI", sia per Beneficiario Persona Fisica che Giuridica** riportare nel seguente box il **TIN** (per la residenza fiscale USA, **allegando inoltre il modello W-9)** o il **NIF** (per altra residenza fiscale estera, se previsto).

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

SOLO PER BENEFICIARI PERSONE GIURIDICHE, compilare i due box indicando una delle 3 casistiche proposte:

CLASSIFICAZIONE ai fini CRS, il Beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria*;**
- ☐ Entità di investimento con residenza fiscale in una giurisdizione non partecipante al CRS e gestita da altra entità finanziaria

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);
- ☐ Altra entità di investimento;
- ☐ Istituzione finanziaria diversa da un'entità di investimento (istituzione di deposito, istituzione di custodia o impresa di assicurazioni specificata);
- ☐ Istituzione finanziaria non reporting, secondo la legislazione della giurisdizione di residenza (indicare la categoria specifica): _____;

☐ **2. Entità Non Finanziaria Attiva*;**
- ☐ Active NFE – Società di capitali quotata su uno o più mercati regolamentati o collegata a società quotata su uno o più mercati regolamentati (indicare il mercato di quotazione): _____;
- ☐ Active NFE – Entità Statale o Banca Centrale o organizzazione internazionale;
- ☐ Active NFE – altra tipologia di Active NFE diversa dalle precedenti;

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva***

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);

CLASSIFICAZIONE ai fini FATCA (per Entità non aventi residenza fiscale USA), il Beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria non statunitense: l'Entità dichiara di essere una Istituzione Finanziaria non statunitense (FFI) e di qualificarsi come:**
- ☐ Reporting Italian Financial Institution (RIFI), con il seguente GIIN _____ oppure un'Istituzione Finanziaria Italiana sponsorizzata da un'entità sponsor avente il seguente GIIN _____;
- ☐ Registered Deemed Compliant Italian Financial Institution (RDCIFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana considerata adempiente, tenuta a registrarsi presso l'IRS ed avente il seguente GIIN _____;
- ☐ Certified Deemed Compliant Italian Financial Institution (CDCIFI);
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana a cui è stato revocato il GIIN.

  Di essere un'istituzione finanziaria non italiana localizzata in uno Stato che ha sottoscritto un accordo IGA1 o IGA2 con gli Stati Uniti oppure un'istituzione finanziaria non italiana che ha firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS, e di qualificarsi come:
  - ☐ Partner Jurisdiction Financial Institution (PJFI);
  - ☐ Participating Foreign Financial Institution (PFFI) e registrata presso l'IRS con il seguente GIIN_____
- ☐ Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution (RDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera registrata considerata adempiente;
- ☐ Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution (CDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera certificata;
- ☐ Exempt Beneficial Owner (EBO), vale a dire un beneficiario effettivo esente (specificare la tipologia di soggetto _____)
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI).

☐ **2. Entità Non Finanziaria Attiva non statunitense (Active NFFE)*;**

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva non statunitense (Passive NFFE)***

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);

* Per le definizioni fare riferimento al documento denominato "Informative" disponibile sul sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Informativa ai fini FATCA – SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il Beneficiario dovrà fornire la seguente documentazione:
- documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);
- copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS – SOLO PER LE PERSONE GIURIDICHE

Nel caso in cui il Beneficiario coincida con una Persona Giuridica la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni nel rispetto delle leggi vigenti.

Informativa ai fini FATCA e CRS – PER TUTTI I SOGGETTI

Il sottoscritto **dichiara** che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente ai titolari effettivi del rapporto dell'operazione.

_____ _____
Luogo e data **Firma del Beneficiario/Esecutore/Legale Rappresentante**

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

IN CASO DI BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA FORNIRE OBBLIGATORIAMENTE I DATI DEL/I TITOLARE/I EFFETTIVO/I

DATI IDENTIFICATIVI DEL 1° TITOLARE EFFETTIVO DEL 1° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI☐ NO☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI☐ NO☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI
Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI☐ NO☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL 2° TITOLARE EFFETTIVO DEL 1° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI☐ NO☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI☐ NO☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana..

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI
Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI☐ NO☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

DATI IDENTIFICATIVI DEL 3° TITOLARE EFFETTIVO DEL 1° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐

In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL 4° TITOLARE EFFETTIVO DEL 1° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐

In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

ESISTE UN ESECUTORE DEL BENEFICIARIO? SI ☐ NO ☐
IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE DEL BENEFICIARIO

("*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)

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Per i soli casi di inabilitati, interdetti, amministrati

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata all'interno della modulistica di liquidazione e consultabile nella versione costantemente aggiornata all'interno del sito internet www.gruppocnp.it/privacy, di essere consapevole che il trattamento dei dati relativi alla salute del soggetto sottoposto a tutela/curatela/amministrazione di sostegno, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'Informativa anzidetta, e pertanto acconsento a tale trattamento.

_____ _____
Luogo e data **Firma Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno**

COMPORTAMENTO TENUTO DAL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE

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

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ In presenza del Beneficiario/Legale Rappresentante

☐ In presenza del solo Esecutore del Beneficiario

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

_____ _____ _____
Luogo e Data **Cognome e Nome (stampatello) del Rilevatore** **Timbro e Firma del Soggetto Abilitato**
(per l'autenticazione della firma del Beneficiario/ Legale Rappresentante/Esecutore e per la certificazione di esistenza in vita dell'Assicurato)

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

DATI IDENTIFICATIVI DEL 2° BENEFICIARIO

Il Beneficiario coincide con il Contraente SI ☐ NO ☐
Se "NO" fornire i dati identificativi del Beneficiario
Se "NO" il Beneficiario ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Contraente? SI ☐ NO ☐
Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____
Cognome e Nome / Denominazione sociale _____
Codice Fiscale / P. IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione/Attività Prevalente (Persone Fisiche) _____ - Codice TAE _____
Attività Economica (Persone Giuridiche) / Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. ATECO _____
In caso di Ente No Profit/Onlus, qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente? _____
_____
N Iscrizione Registro delle Imprese/REA _____
Luogo e data di nascita / Costituzione _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza / Sede legale _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di corrispondenza (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione ____/____/____ Scadenza ____/____/____
INDIRIZZO E-MAIL _____ **RECAPITO TELEFONICO** _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

DICHIARAZIONE DI ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALE SOLO PER PERSONE GIURIDICHE

Al fine di una corretta applicazione della tassazione, il sottoscritto dichiara che le somme rinvenienti dalla liquidazione:

☐ **verranno** incassate nell'esercizio di un' attività commerciale.
☐ **non verranno** incassate nell'esercizio dell'attività commerciale, pertanto ai sensi del D.lgs n. 47/2000 la Compagnia procederà all'applicazione delle ritenute d'imposta e/o dell'imposta sostitutiva sui proventi costituenti reddito di capitale.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL 2° BENEFICIARIO

Il Contraente chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente:

Paese	CIN Euro	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente

Intestatario del Conto Corrente _____

Codice Fiscale / P.IVA dell'Intestatario del Conto Corrente _____

"Si rammenta che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa"

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente estero intestato al Beneficiario, sarà indispensabile fornire documentazione attestante la residenza, anche temporanea, all'estero (ad esempio: carta di identità, passaporto, C.F. estero, iscrizione all'AIRE); qualora non fosse in grado di esibire suddetta documentazione, le richiediamo di argomentare le motivazioni ovvero le circostanze per le quali richiede la liquidazione della polizza su un conto corrente estero.
Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente (in Italia oppure all'estero) non intestato al Beneficiario sarà indispensabile far compilare e far sottoscrivere all'Intestatario del conto corrente il modulo "Dati Indentificativi dell'Intestatario del Conto Corrente" disponibile e scaricabile dal sito https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Il Beneficiario/Esecutore, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dai 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
Si ricorda inoltre al Beneficiario/Esecutore l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007 e Regolamento IVASS n.44/2019 di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della cliente la cui informativa è disponibile sul sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana contenuta nel documento "Informative".

_____ **Luogo e Data**

_____ **Firma del Beneficiario/ Legale Rappresentante/ Esecutore**

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario dichiara:
1. di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia;
   e/o
2. di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazioni negli USA;

SI ☐ **NO** ☐ **IN CASO DI RISPOSTA "SI", sia per Beneficiario Persona Fisica che Giuridica** riportare nel seguente box il **TIN** (per la residenza fiscale USA, **allegando inoltre il modello W-9)** o il **NIF** (per altra residenza fiscale estera, se previsto).

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

SOLO PER BENEFICIARI PERSONE GIURIDICHE, compilare i due box indicando una delle 3 casistiche proposte:

CLASSIFICAZIONE ai fini CRS, il Beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria*;**
- ☐ Entità di investimento con residenza fiscale in una giurisdizione non partecipante al CRS e gestita da altra entità finanziaria

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);
- ☐ Altra entità di investimento;
- ☐ Istituzione finanziaria diversa da un'entità di investimento (istituzione di deposito, istituzione di custodia o impresa di assicurazioni specificata);
- ☐ Istituzione finanziaria non reporting, secondo la legislazione della giurisdizione di residenza (indicare la categoria specifica): _____;

☐ **2. Entità Non Finanziaria Attiva*;**
- ☐ Active NFE – Società di capitali quotata su uno o più mercati regolamentati o collegata a società quotata su uno o più mercati regolamentati (indicare il mercato di quotazione): _____;
- ☐ Active NFE – Entità Statale o Banca Centrale o organizzazione internazionale;
- ☐ Active NFE – altra tipologia di Active NFE diversa dalle precedenti;

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva***

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);

CLASSIFICAZIONE ai fini FATCA (per Entità non aventi residenza fiscale USA), il Beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria non statunitense: l'Entità dichiara di essere una Istituzione Finanziaria non statunitense (FFI) e di qualificarsi come:**
- ☐ Reporting Italian Financial Institution (RIFI), con il seguente GIIN _____ oppure un'Istituzione Finanziaria Italiana sponsorizzata da un'entità sponsor avente il seguente GIIN _____;
- ☐ Registered Deemed Compliant Italian Financial Institution (RDCIFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana considerata adempiente, tenuta a registrarsi presso l'IRS ed avente il seguente GIIN _____;
- ☐ Certified Deemed Compliant Italian Financial Institution (CDCIFI);
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana a cui è stato revocato il GIIN.

  Di essere un'istituzione finanziaria non italiana localizzata in uno Stato che ha sottoscritto un accordo IGA1 o IGA2 con gli Stati Uniti oppure un'istituzione finanziaria non italiana che ha firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS, e di qualificarsi come:
  - ☐ Partner Jurisdiction Financial Institution (PJFI);
  - ☐ Participating Foreign Financial Institution (PFFI) e registrata presso l'IRS con il seguente GIIN_____
- ☐ Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution (RDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera registrata considerata adempiente;
- ☐ Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution (CDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera certificata;
- ☐ Exempt Beneficial Owner (EBO), vale a dire un beneficiario effettivo esente (specificare la tipologia di soggetto _____)
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI).

☐ **2. Entità Non Finanziaria Attiva non statunitense (Active NFFE)*;**

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva non statunitense (Passive NFFE)***

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL BENEFICIARIO);

* Per le definizioni fare riferimento al documento denominato "Informative" disponibile sul sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Informativa ai fini FATCA – SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il Beneficiario dovrà fornire la seguente documentazione:
- documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);
- copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS – SOLO PER LE PERSONE GIURIDICHE

Nel caso in cui il Beneficiario coincida con una Persona Giuridica la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni nel rispetto delle leggi vigenti.

Informativa ai fini FATCA e CRS – PER TUTTI I SOGGETTI

Il sottoscritto **dichiara** che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente ai titolari effettivi del rapporto dell'operazione.

_____ _____

Luogo e data **Firma del Beneficiario/Esecutore/Legale Rappresentante**

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

IN CASO DI BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA FORNIRE OBBLIGATORIAMENTE I DATI DEL/I TITOLARE/I EFFETTIVO/I

DATI IDENTIFICATIVI DEL 1° TITOLARE EFFETTIVO DEL 2° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI
Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL 2° TITOLARE EFFETTIVO DEL 2° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI
Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

DATI IDENTIFICATIVI DEL 3° TITOLARE EFFETTIVO DEL 2° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL 4° TITOLARE EFFETTIVO DEL 2° BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____
Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?
SI ☐ NO ☐ - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI ☐ NO ☐
In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE
1. _____ 2. _____

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

ESISTE UN ESECUTORE DEL BENEFICIARIO? SI ☐ NO ☐
IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE DEL BENEFICIARIO

("*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)

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Professione / Attività Prevalente _____
Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice TAE _____
Luogo e data di nascita _____ (_____) _____/_____/_____
Nazionalità _____
Indirizzo di residenza _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana.

Per i soli casi di inabilitati, interdetti, amministrati
Io sottoscritto _____ dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata all'interno della modulistica di liquidazione e consultabile nella versione costantemente aggiornata all'interno del sito internet www.gruppocnp.it/privacy, di essere consapevole che il trattamento dei dati relativi alla salute del soggetto sottoposto a tutela/curatela/amministrazione di sostegno, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'Informativa anzidetta, e pertanto acconsento a tale trattamento.

_____ _____
Luogo e data **Firma Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno**

COMPORTAMENTO TENUTO DAL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE

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

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ In presenza del Beneficiario/Legale Rappresentante

☐ In presenza del solo Esecutore del Beneficiario

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

_____	_____	_____
Luogo e Data	**Cognome e Nome (stampatello) del Rilevatore**	**Timbro e Firma del Soggetto Abilitato** (per l'autenticazione della firma del Beneficiario/ Legale Rappresentante/Esecutore e per la certificazione di esistenza in vita dell'Assicurato)

VINCOLO / PEGNO

Il sottoscritto _____ nella qualità di ente Vincolatario / Creditore Pignoratizio, autorizza la liquidazione della polizza sopra indicata.

_____	_____	_____
Luogo e Data	**Timbro e Firma del Vincolatario/Creditore Pignoratizio**	**Timbro e Firma del Soggetto Abilitato** (per l'autenticazione della firma del Vincolatario/Creditore Pignoratizio)

AVIVA

AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND DAC
Succursale italiana

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

INFORMATIVA PRIVACY AVIVA LIFE & PENSIONS IRELAND

Aggiornata a gennaio 2024

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?
La società Aviva Life & Pensions Ireland Designated Activity Company, con sede sociale in One Park Place, Hatch Street, Dublin 2 e con sede secondaria in Via Arbe, 49, 20125 Milano (MI), (di seguito, la "Società"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento di dati personali relativi all'Assicurato/Contraente/ Beneficiario (di seguito l'"Interessato") ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza ") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso l'intermediario.

2. QUALI DATI SONO TRATTATI?
La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.
Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio al seguente sito internet: www.gruppocnp.it accedendo nella sezione "Chi siamo","Le Società","**Aviva Life & Pensions Ireland DAC – Succursale Italiana**", area Scarica la documentazione (https://www.gruppocnp.it/chisiamo/ società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana) ovvero al seguente sito internet: www.aviva.ie/about-and-support/privacy.

3. PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?
La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:
a) FINALITA' ASSICURATIVE: I dati personali dell'Interessato vengono trattati
   - ai fini dell'esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (comprese la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite call center - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività della rete distributiva di cui si avvale la Società), e
   - per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

b) FINALITÀ PER ADEMPIMENTO AD OBBLIGHI LEGALI: i dati raccolti potranno essere trattati per adempiere ad un obbligo legale, come ad es. gli adempimenti previsti dalla normativa di settore applicabile, dati comunicati all'INPS o alle Autorità Fiscali per l'adempimento degli obblighi fiscali, all'Autorità di vigilanza per il settore assicurativo per l'adempimento dei suoi provvedimenti e delle normative regolamentari in tale ambito, alle autorità competenti in materia di antiriciclaggio e antifrode, ai soggetti autorizzati in materia di responsabilità amministrativa degli enti, per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Security & Data Governance, Data Quality, Protezione del trattamento dei dati personali e per l'ottemperanza a provvedimenti giudiziali.

c) ULTERIORI FINALITA': nei limiti in cui detti trattamenti non possano essere svolti tramite dati anonimi e fermo restando che i dati saranno trattati per la durata e nei limiti strettamente necessari per perseguimento di detta finalità;
   - Attività di test, di sviluppo applicativi, di sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
   - Consultazione di sistemi di informazione creditizia per finalità connesse alla valutazione, all'assunzione o alla gestione di un rischio di credito, alla valutazione dell'affidabilità e della puntualità nei pagamenti dell'interessato, prevenzione del rischio di frodi e del furto d'identità.
   - Eseguire ricerche di mercato quali e quantitative del tipo Customer Satisfaction, Net Promoter Score in merito alla valutazione della qualità dei servizi erogati dalla catena assicurativa
   - lo svolgimento di attività funzionali a cessioni di azienda e di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre operazioni straordinarie e per la relativa esecuzione;
   - far valere o difendere un diritto anche da parte di un terzo in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e di conciliazione nei casi previsti dalle leggi, dalla normativa comunitaria, dai regolamenti o dai contratti collettivi;
   - analizzare esigenze specifiche dei clienti;
   - tutela della reputazione aziendale;
   - assicurare il corretto adempimento delle attività accessorie rispetto alla corretta liquidazione della polizza;
   - assistenza per consentire ai clienti/beneficiari di usufruire delle prestazioni indicate nel contratto di assicurazione.

4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?
Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per le FINALITA' ASSICURATIVE e PER ADEMPIMENTO AD OBBLIGO LEGALE (paragrafi 3 a e 3 b), ovvero per poter gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.
Il trattamento per il perseguimento delle ULTERIORI FINALITA' (paragrafo 3 c) è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il «Regolamento Privacy»). Il trattamento per le tali Finalità non è obbligatorio e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento, fatti salvi i casi in cui il Titolare detenga un motivo legittimo prevalente, i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le ULTERIORI FINALITA'.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?
In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.
La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.
Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.
Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?
I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicu-

ratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.
L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?
I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.
L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?
Premessa la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, **l'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento e gratuitamente**:
a) avere **accesso ai dati personali**: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
b) conoscere l'origine dei dati, le **finalità** del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediate strumenti elettronici;
c) chiedere **l'aggiornamento**, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
d) ottenere la **cancellazione**, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;
e) **revocare**, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
f) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse;
g) chiedere alla Società la **limitazione del trattamento** dei suoi dati personali nel caso in cui:
   - l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
   - il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
   - benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
   - l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
h) **opporsi** in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
i) chiedere la **cancellazione** dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;
j) ottenere la **portabilità** dei dati che lo riguardano;
k) proporre reclamo al **Data Protection Commissioner** (Autorità Garante per la Protezione dei dati Irlandese) ove ne sussistano i presupposti, contatti: Data Protection Commission, Canal House, Station Road, Portarlington, R32 AP23 Co. Laois, Ireland.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via **mail** al seguente indirizzo: **dpo_gruppocnp@legalmail.it**, o tramite posta all'indirizzo della Società - Servizio Privacy, Via Arbe, 49, 20125, Milano. Al fine di semplificare il processo di riscontro delle richieste di accesso ai dati personali, si precisa che nel caso di esercizio dei diritti di cui al presente paragrafo, il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo **copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale**; nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio o di residenza a cui far pervenire il riscontro dell'interessato. Qualora l'interessato si avvalga di un legale rappresentante, perché la richiesta sia presa in carico, il legale rappresentante deve trasmettere copia della delega, copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona che rappresenta, nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio.

9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?
L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.
La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato ai seguenti recapiti e-mail: dpo@aviva.com – Recapito postale: Data Protection Officer, Aviva Ireland, Building 12, Cherrywood Business Park, Loughlinstown, Co. Dublin, D18 W2P5.

10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI
I dati personali raccolti ai sensi della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.
Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o anonimizzati.

11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI
La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.
L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata al seguente sito internet: www.gruppocnp.it accedendo nella sezione "Chi siamo", "*Le Società*", "**Aviva Life & Pensions Ireland DAC – Succursale Italiana**", area Scarica la documentazione (https://www.gruppocnp.it/chi-siamo/società/aviva-life-pensions-ireland-dac-succursale-italiana) ovvero al seguente sito internet: www.aviva.ie/about-and-support/privacy.

Mod. 89106 - GMG - pdf - 01/2024