

Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

Dati identificativi del Contraente del rapporto continuativo (le indicazioni contrassegnate con l'asterisco sono riferite alle persone giuridiche)

cognome e nome (denominazione/ragione sociale)*		codice fiscale/partita IVA*	sexso
luogo e data di nascita/costituzione*		cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio		data scadenza
indirizzo di residenza/sede legale*			C.A.P.
comune	prov.	stato	
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P., comune, prov., e stato			
Anni di esistenza del rapporto tra Cliente e intermediario			
<input type="checkbox"/> meno di 1 anno		<input type="checkbox"/> da 1 a 5 anni	
		<input type="checkbox"/> oltre 5 anni	

** Per i dettagli vedi sezione apposita.

Ulteriori informazioni sul Contraente - persona non fisica

Forma giuridica			
<input type="checkbox"/> Soc. di capitali	<input type="checkbox"/> Soc. di persone /ditta individuale	<input type="checkbox"/> Fiduciaria	<input type="checkbox"/> Trust/ strutture analoghe
<input type="checkbox"/> Enti religiosi	<input type="checkbox"/> Cooperative	<input type="checkbox"/> No profit/ strutture analoghe	
Attività Economica Svolta			
S.A.E. – Settore Attività Economica (Codice e descrizione)		A.T.E.C.O. – Attività ECONomiche (Codice e descrizione)	
Luogo svolgimento attività economica prevalente	Provincia	Stato (se estero)	
Ulteriori Stati con cui si intrattengono rapporti commerciali	Stato 1	Stato 2	Stato 3
Emissione di azioni al portatore (solo per SpA, SapA, Soc. costituenda)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Partecipazione ad appalti pubblici o destinatari di pubblici finanziamenti:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Presenza nella catena partecipativa di fiduciarie, trust, società anonime, fondazioni <i>se "SI" specificare il Paese sede legale/amministrativa dell'entità selezionata</i>			
Fiduciarie:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Stato: _____	Trust:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Stato: _____
Società anonime:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Stato: _____	Fondazioni:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Stato: _____
Appartenenza a categorie particolari			
Categoria	Indicare uno dei seguenti valori:		
	1. Compro oro	5. Edilizia	9. Raccolta e smaltimento rifiuti
	2. Cambio valuta	6. Produzione/Commercio di armi	10. Produzione di energie rinnovabili
	3. Gioco/scommesse	7. Industria armamenti e commercio bellico	11. Società operante nel settore cryptoasset
	4. Sanità	8. Industria estrattiva	12. Nessuna delle precedenti
Importo fatturato annuo €	Importo risultato economico €	Patrimonio €	Capitale sociale €

→ firma del titolare/legale rappresentante/delegato

Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri

segue Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

Ulteriori informazioni sul Contraente - persona fisica

Professione				
<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Dirigente	Soggetto apicale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Non occupato	Ultima professione svolta (se Pensionato o Non occupato)	
Attività economica svolta (vedi tabella TAE allegata)		Forma giuridica Società della quale si è Imprenditore, Soggetto apicale o Dirigente		
Codice e descrizione tipo attività		Forma giuridica		
Luogo svolgimento attività economica prevalente		Ulteriori relazioni di lavoro e commerciali		
Provincia	Stato	Stato 1	Stato 2	Stato 3
Appartenenza a categorie particolari (solo per ditte individuali/professionisti)				
Categoria	Indicare uno dei seguenti valori:			
	1. Compro oro	5. Edilizia	9. Raccolta e smaltimento rifiuti	
	2. Cambio valuta	6. Produzione/Commercio di armi	10. Produzione di energie rinnovabili	
	3. Gioco/scommesse	7. Industria armamenti e commercio bellico	11. Società operante nel settore cryptoasset	
	4. Sanità	8. Industria estrattiva	12. Nessuna delle precedenti	
Partecipazione ad appalti pubblici o destinatari di pubblici finanziamenti (solo per ditte individuali/professionisti)				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:	Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP			
Politico italiano locale				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:	Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni			

PEP (Persone Politicamente Esposte) Persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate: 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di: 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partitipolitici; 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti; 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri; 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti; 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale; 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali. 2) Sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili. 3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari; 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

PIL (Politici Italiani Locali): Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno una carica pubblica non compresa nella nozione di PEP in ambito:
- Politico/istituzionale: a livello regionale, provinciale e comunale (es. sindaco, assessore e consigliere di comuni sotto i 15.000 abitanti) - Pubblica amministrazione (es. ruoli apicali nella Pubblica Amministrazione o in Enti Pubblici) - Associazioni/Consorzi/Fondazioni di natura pubblicistica - Impresa controllata da Ente Pubblico.

Reddito mensile netto	
<input type="checkbox"/> fino a € 1.000	<input type="checkbox"/> € 1.001 - € 2.000 <input type="checkbox"/> € 2.001 - € 3.000 <input type="checkbox"/> € 3.001 - € 5.000 <input type="checkbox"/> € 5.001 - € 10.000 <input type="checkbox"/> € 10.001 - € 20.000 <input type="checkbox"/> oltre € 20.000
Origine del reddito prevalente	
Origine reddito prevalente	Indicare uno dei seguenti valori: 1. Lavoro dipendente 2. Lavoro autonomo 3. Rendite immobiliari 4. Rendite fondiari 5. Redditi finanziari 6. Pensione/Vitalizio
Patrimonio complessivo	
<input type="checkbox"/> fino a € 50.000	<input type="checkbox"/> € 50.001-€ 100.000 <input type="checkbox"/> € 100.001-€ 250.000 <input type="checkbox"/> € 250.001-€ 500.000 <input type="checkbox"/> € 500.001-€ 2.500.000 <input type="checkbox"/> € 2.500.001-€ 5.000.000 <input type="checkbox"/> oltre € 5.000.000
Origine del patrimonio prevalente	
Origine patrimonio prevalente	Indicare uno dei seguenti valori: 1. Redditi di lavoro autonomo 2. Redditi di lavoro dipendente 3. Redditi fondiari 4. Redditi finanziari 5. Redditi d'impresa 6. Lascito/eredità/donazione 7. Redditi diversi (plusvalenze, premi, lotterie, indennità, ecc.)

firma del titolare/legale rappresentante/delegato

Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri

segue Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

Rapporto

Scopo e ragioni del Rapporto			
<input type="checkbox"/> protezione	<input type="checkbox"/> risparmio	<input type="checkbox"/> investimento	
Natura del rapporto assicurativo continuativo			
<input type="checkbox"/> polizza vita rivalutabile	<input type="checkbox"/> polizza vita Unit Linked	<input type="checkbox"/> polizza di Capitalizzazione	<input type="checkbox"/> LTC (Long Term Care)
<input type="checkbox"/> polizza vita temporanea caso morte	<input type="checkbox"/> polizza vita Index linked	<input type="checkbox"/> polizza con rendita immediata	<input type="checkbox"/> polizza multiramo

Operazione

Tipologia dell'operazione			
<input type="checkbox"/> sottoscrizione - nuova emissione	<input type="checkbox"/> versamento aggiuntivo	<input type="checkbox"/> cambio di contraenza	<input type="checkbox"/> variazione beneficiari
<input type="checkbox"/> revoca	<input type="checkbox"/> recesso	<input type="checkbox"/> riscatto parziale	<input type="checkbox"/> riscatto totale su base volontaria
Modalità di pagamento e importo			
<input type="checkbox"/> assegno bancario/circolare non trasferibile	<input type="checkbox"/> bonifico bancario	<input type="checkbox"/> altro _____	importo _____ Paese di provenienza o destinazione dei fondi _____
Origine dei fondi			
<input type="checkbox"/> reddito da lavoro dipendente	<input type="checkbox"/> reddito da lavoro autonomo	<input type="checkbox"/> vincita	<input type="checkbox"/> lascito/eredità/donazione
<input type="checkbox"/> operazioni/rendite da immobili	<input type="checkbox"/> utile societario/reddito impresa	<input type="checkbox"/> disinvestimento	<input type="checkbox"/> reinvestimento
<input type="checkbox"/> scudo fiscale/voluntary	<input type="checkbox"/> prestito non da intermediario	<input type="checkbox"/> brevetti diritti d'autore	<input type="checkbox"/> altro _____

Dati identificativi del Legale Rappresentante/Esecutore

legale rappresentante delegato tutore

cognome e nome		codice fiscale		CDG
luogo e data di nascita		sexso	cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio			data scadenza
indirizzo di residenza: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
Professione				
<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Dirigente	Soggetto apicale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Non occupato		
Ultima professione svolta (se Pensionato o Non occupato)				
Attività economica svolta (vedi tabella TAE allegata)		Forma giuridica Società della quale si è Imprenditore, Soggetto apicale o Dirigente		
Codice e descrizione tipo attività		Forma giuridica		
Luogo svolgimento attività economica prevalente		Ulteriori relazioni di lavoro e commerciali		
Provincia	Stato	Stato 1	Stato 2	Stato 3
Relazione tra Cliente ed Esecutore/Legale Rappresentante				
<input type="checkbox"/> Rapporto di Lavoro/incarico professionale	<input type="checkbox"/> Socio/Partecipazione societaria	<input type="checkbox"/> Soggetto Apicale/Management esecutivo		

firma del titolare/legale rappresentante/delegato



Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri

segue Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa anticiclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

segue Dati identificativi del Legale Rappresentante/Esecutore

Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____	Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP
Politico italiano locale	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____	Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni

Titolare effettivo

Il **titolare effettivo** di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo [art. 20, co. 1 del D.lgs. 231/2007]. I criteri per la determinazione della titolarità effettiva sono indicati nei commi 2, 3, 4, 5 del medesimo articolo.

Il Legale Rappresentante/l'Esecutore dichiara espressamente che:

il/i titolare/i effettivo/i è/sono il/i soggetto/i di seguito indicato/i nell'/negli apposito/i riquadro/i il titolare effettivo è stato comunicato in via riservata (es. Società Fiduciaria)

denominazione/ragione sociale soggetto controllante _____

1. Dati identificativi del/i titolare/i effettivo/i del Contraente (i campi sono da compilare in modo multiplo solo nel caso di una pluralità di "titolari effettivi")

cognome e nome		codice fiscale		CDG
luogo e data di nascita		sex	cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio			data scadenza
indirizzo di residenza: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP		
Politico italiano locale				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni		
Relazione tra Cliente e Titolare Effettivo (Percentuale di titolarità effettiva %)				
<input type="checkbox"/> Titolarità diretta di una partecipazione superiore al 25% del capitale del cliente, detenuta da PF	<input type="checkbox"/> Titolarità indiretta di partecipazioni superiore al 25 % del capitale sociale del cliente detenuto tramite società controllante/fiduciarie/interposta persona e/o altri veicoli			
<input type="checkbox"/> Controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria	<input type="checkbox"/> Controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria			
<input type="checkbox"/> Poteri di amministrazione o direzione	<input type="checkbox"/> Esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante			
<input type="checkbox"/> Fondatore di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente	<input type="checkbox"/> Beneficiario di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente			
<input type="checkbox"/> Beneficiario del trust (Beneficiary)	<input type="checkbox"/> Fiduciario del trust (trustee)	<input type="checkbox"/> Guardiano del trust (protector)	<input type="checkbox"/> Disponente del trust (settlor)	

→ firma del titolare/legale rappresentante/delegato

Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri

segue Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa anticiclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

2. Dati identificativi del/i titolare/i effettivo/i del Contraente (i campi sono da compilare in modo multiplo solo nel caso di una pluralità di "titolari effettivi")

cognome e nome		codice fiscale		CDG
luogo e data di nascita		sexso	cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio			data scadenza
indirizzo di residenza: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP		
Politico italiano locale				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni		
Relazione tra Cliente e Titolare Effettivo (Percentuale di titolarità effettiva %)				
<input type="checkbox"/> Titolarità diretta di una partecipazione superiore al 25% del capitale del cliente, detenuta da PF	<input type="checkbox"/> Titolarità indiretta di partecipazioni superiore al 25 % del capitale sociale del cliente detenuto tramite società controllante/fiduciarie/interposta persona e/o altri veicoli			
<input type="checkbox"/> Controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria	<input type="checkbox"/> Controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria			
<input type="checkbox"/> Poteri di amministrazione o direzione	<input type="checkbox"/> Esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante			
<input type="checkbox"/> Fondatore di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente	<input type="checkbox"/> Beneficiario di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente			
<input type="checkbox"/> Beneficiario del trust (Beneficiary)	<input type="checkbox"/> Fiduciario del trust (trustee)	<input type="checkbox"/> Guardiano del trust (protector)	<input type="checkbox"/> Disponente del trust (settlor)	

3. Dati identificativi del/i titolare/i effettivo/i del Contraente (i campi sono da compilare in modo multiplo solo nel caso di una pluralità di "titolari effettivi")

cognome e nome		codice fiscale		CDG
luogo e data di nascita		sexso	cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio			data scadenza
indirizzo di residenza: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P. , comune, prov., e stato				
Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP		
Politico italiano locale				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni		

→ firma del titolare/legale rappresentante/delegato

Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri

segue Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa anticiclaggio (D. Lgs. 231/2007 e ss.mm.ii.)

Compagnia di assicurazione				
CDG intestatario rapporto	proposta/polizza n.	dipendenza/centro imprese	luogo	data

segue 3. Dati identificativi del/i titolare/i effettivo/i del Contraente (icampisonoda compilare in modo multiplosolo nel caso di una pluralità di "titolari effettivi")

Relazione tra Cliente e Titolare Effettivo (Percentuale di titolarità effettiva %)	
<input type="checkbox"/> Titolarità diretta di una partecipazione superiore al 25% del capitale del cliente, detenuta da PF	<input type="checkbox"/> Titolarità indiretta di partecipazioni superiore al 25% del capitale sociale del cliente detenuto tramite società controllante/fiduciarie/interposta persona e/o altri veicoli
<input type="checkbox"/> Controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria	<input type="checkbox"/> Controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria
<input type="checkbox"/> Poteri di amministrazione o direzione	<input type="checkbox"/> Esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante
<input type="checkbox"/> Fondatore di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente	<input type="checkbox"/> Beneficiario di associazione/fondazione/organizzazione no profit/ente
<input type="checkbox"/> Beneficiario del trust (Beneficiary)	<input type="checkbox"/> Fiduciario del trust (trustee)
<input type="checkbox"/> Guardiano del trust (protector)	<input type="checkbox"/> Disponente del trust (settlor)

Dati identificativi dell'Assicurato per persona fisica diversa dal Contraente

cognome e nome		codice fiscale		CDG
luogo e data di nascita		sex	cittadinanza (1)	cittadinanza (2)
documento d'identità (tipo e N°)	ente, luogo e data rilascio			data scadenza
indirizzo di residenza: indicare via, civico, C.A.P., comune, prov., e stato				
domicilio/sede operativa (se diverso da residenza/sede legale)*: indicare via, civico, C.A.P., comune, prov., e stato				
Persona politicamente esposta ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. dd) del D. Lgs. n.231/2007 e s.i.m.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Relazioni di affari/parentela con PEP		
Politico italiano locale				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		Se "Si" indicare uno dei seguenti valori: 1. Politico/Istituzionale 2. Pubblica amministrazione 3. Impresa controllata da Ente pubblico 4. Associazioni/Consorzi/Fondazioni		
Relazione tra Assicurato e Contraente				
<input type="checkbox"/> Parentela/affinità	<input type="checkbox"/> Aziendali/professionali	<input type="checkbox"/> Altro legame:		

Avvertenze ai sensi del D.Lgs. 231/2007 (normativa Anticiclaggio) e informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679. Il cliente è tenuto - ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs. 231/2007 - a fornire per iscritto sotto la propria responsabilità tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Società di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In relazione alle finalità di cui alla normativa Anticiclaggio, il trattamento dei dati personali avviene secondo le logiche previste dall'informativa privacy che Le è stata fornita dalla Società, e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Le informazioni relative alle operazioni eventualmente ritenute "sospette" potranno essere comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo gruppo ex art. 39 comma 3 D.Lgs. 231/07.

Le ricordiamo le sanzioni penali previste dall'art. 55, comma 3, del D.Lgs. 231/2007 per il caso di violazione degli obblighi del cliente di adeguata verifica riportando l'articolo citato per esteso: "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro".

Informativa ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. 231/2007. La Società, in caso di impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica del cliente, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettera a), b) e c) del D.Lgs. 231/2007 (identificazione del cliente, del titolare effettivo, dell'esecutore, acquisizione di informazioni sullo scopo e natura del rapporto, etc.), si astiene dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto/le operazioni con il cliente.

La informiamo altresì che le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi si presumono effettuate per conto dell'intestatario del rapporto o, nel caso di intestatario diverso da persona fisica, del titolare effettivo del rapporto stesso; ciò salva diversa indicazione dell'intestatario medesimo. A tale riguardo Le rammentiamo che è Suo onere comunicarci, nel corso del futuro svolgimento del rapporto, le operazioni di importo pari o superiore a 5.000 euro che saranno da Lei effettuate per conto di terzi (diversi, cioè, dall'intestatario del rapporto) e, in tal caso, dovranno esserci da Lei fornite tutte le indicazioni necessarie all'identificazione di tali soggetti (c.d. titolari effettivi dell'operazione).

Preso atto e accettato tutto quanto sopra, prendo atto altresì e accetto che le informazioni raccolte con il presente questionario, saranno integrate con altri dati (anagrafici, professionali, etc.) già forniti all'Istituto attraverso altri moduli da me sottoscritti e contemporaneamente fornisco copia del mio documento di identità e del mio codice fiscale.

firma del titolare/legale rappresentante/delegato

Il sottoscritto, in qualità di incaricato per l'adempimento agli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e, in particolare, dell'identificazione della clientela, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le firme apposte sul presente documento sono state apposte personalmente dal cliente/rappresentante del cliente (*). Il sottoscritto dichiara altresì di avere verificato l'autenticità dei dati, delle informazioni e delle generalità riportate sullo stesso modulo/contratto. Il sottoscritto, infine, dichiara altresì di aver adempiuto esattamente alle disposizioni impartite dalla Banca ai fini dell' "adeguata verifica" della clientela e dell'eventuale segnalazione di "operazione sospetta". (*) Se il sottoscrittore del modulo/contratto è un "rappresentante" del cliente, l'incaricato deve avere verificato anche la sussistenza dei poteri di rappresentanza.

cognome, nome e visto incaricato della verifica firma/e e poteri