AVIVA

Alla Direzione di:
- ❑ Aviva S.p.A.
- ❑ Aviva Vita S.p.A.
- ❑ Aviva Life S.p.A.
- ❑ Area Life dac

Ufficio liquidazioni vita
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
liquidazioni_vita@aviva.com

Servizio Cliente: 800 11 44 33

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 _____ il ____/____/_____

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 _____ il ____/____/_____

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ASSICURATO

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

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

AVIVA

SINISTRO

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

☐ **MORTE NATURALE** ☐ **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 minori / interdetti / incapaci**: copia del decreto del Giudice Tutelare (ricorso e relativa autorizzazione), che autorizzi il tutore (Esecutore) in nome e per conto dei minori / interdetti o incapaci 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 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

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 _____ il _____/_____/_____

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 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 www.avivaltalia.it - sezione "Cosa fare in caso di … Richiesta di liquidazione per polizze Vita"

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di …." Liquidazione per polizze vita contenuta nel documento "Informative".

_____ _____

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

AVIVA

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di …." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il ____/____/_____

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

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 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 www.avivaltalia.it - sezione "Cosa fare in caso di … Richiesta di liquidazione per polizze Vita"

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di …." Liquidazione per polizze vita contenuta nel documento "Informative".

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

AVIVA

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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di …." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 _____ il _____/_____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il ____/____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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 _____ il ____/____/_____
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.avivaitalia.it alla sezione "cosa fare in caso di….." Liquidazione per polizze vita.

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

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 _____ il ____/____/_____

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

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento: La Società sopra indicata con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "Società") è la società titolare del trattamento dei dati personali.

Responsabile della protezione dei dati: può essere contattato al seguente indirizzo: **dpo.italia@aviva.com**, o all'indirizzo postale **Gruppo Aviva – Responsabile per la protezione dei dati, Via Scarsellini 14, 20161, Milano**.

Categorie di dati e finalità del trattamento: La Società tratta i dati personali forniti dall'Interessato, il soggetto a cui i dati si riferiscono, ed i dati dallo stesso forniti nell'ambito della presenta richiesta, in particolare dati anagrafici e finanziari, al fine di pagare la somma prevista a titolo di sinistro o scadenza della polizza assicurativa indicata nel presente modulo. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di pagare la somma a titolo di liquidazione.

Le **basi giuridiche del trattamento** dei dati sono: l'esecuzione del contratto, l'obbligo di legge ed il perseguimento dell'interesse legittimo della Società o di altre società del gruppo Aviva, nell'ambito delle seguenti attività: attività di test, sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici; Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi. l'Interessato potrà opporsi al trattamento per le finalità di Interesse Legittimo con le modalità di esercizio dei diritti degli interessati, sotto riportate.

Categorie di destinatari: I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti terzi, incluse Società del Gruppo Aviva e a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, riassicuratori; intermediari assicurativi; società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; Autorità competenti (es. IVASS).I dati personali non sono soggetti a diffusione.

Trasferimento all'estero dei dati: I dati personali forniti potranno essere 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.

Diritti degli interessati: l'Interessato potrà in qualsiasi momento e gratuitamente inviare una comunicazione all'indirizzo **dpo.italia@aviva.com** o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano, per: 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; 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) chiedere l'elenco completo dei responsabili del trattamento; l) proporre **reclamo al Garante** per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti, contatti: Garante per la Protezione dei Dati Personali Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785. il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo **copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.**

Termine di conservazione dei dati personali: I dati personali 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.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet https://www.avivaitalia.it/privacy.

Mod. 99126 - pdf - 12/2019