

Scheda di adeguata verifica della clientela (D.LGS . 231/2007 così come riscritto dal D.Lgs 90/2017 e Reg. 44/2019 IVASS) e questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto

Persona fisica, Contraenza Singola, o Beneficiario designato	A1+C+D+E+F+G
Persona fisica, Doppia Contraenza o Beneficiario designato	A1+A2+C+D+E+F+G
Persona fisica, Contraenza Singola o Doppia con Assicurato differente da Investitore-Contraente	A1+A2+B+C+D+E+F+G
Persona giuridica	A1+A2+B+C+D+E+F+G

REGOLE DI COMPILAZIONE

La compilazione del presente modulo si rende obbligatoria per le seguenti operazioni:

- Designazione/cambio beneficiario (escluse sezioni F e G);
- Versamenti aggiuntivi unici non contrattualmente obbligatori, di importo pari o superiore ad Euro15.000;
- Cambio coordinate addebiti diretti SEPA (escluse sezioni F e G);
- Variazione di contraenza;
- Incremento, non contrattualmente obbligatorio, del premio periodico investito;
- Riscatto totale, parziale o prestazione a scadenza (escluse sezioni F e G);
- Prestazione in caso di decesso (escluse sezioni C, F e G);
- quando vi è sospetto di riciclaggio, indipendentemente da qualsiasi deroga, esenzione o soglia applicabile;
- quando sorgano dubbi sulla completezza, attendibilità o veridicità delle informazioni o della documentazione precedentemente acquisite dalla clientela;

La compilazione del presente Modulo è richiesta dalla Compagnia anche nei seguenti casi:

- Versamenti aggiuntivi unici, non contrattualmente obbligatori di importo inferiore a Euro 15.000;
- Switch e/o ridirezionamento dei premi periodici;
- Variazione di residenza (escluse sezioni F e G)

Al presente modulo, allegare sempre copia dei documenti identificativi e fiscali delle "persone fisiche" coinvolte, e per le "persone giuridiche", copia dell'atto costitutivo e dello statuto, oltre al prospetto inerente ai titolari effettivi. Con riferimento all'esecutore, allegare copia del documento attestante i poteri di rappresentanza (es. procura o visura della società da cui emergono i poteri attribuiti al rappresentante)"

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

Ci impegniamo per mantenere al sicuro i tuoi dati personali, anche rivedendo periodicamente la nostra Informativa sulla privacy. In caso di cambiamenti rilevanti, ti invieremo un avviso per invitarti a prenderne visione, così che tu sia sempre al corrente di come vengono trattati i tuoi dati e su quali sono le opzioni a tua disposizione. Ti preghiamo di consultare l'ultima versione della Informativa sulla privacy al seguente link <https://www.clericalmedical.com/it/homepage/protezione-dei-dati.asp>, o di richiederne copia contattando il Servizio Clienti di Scottish Widows Europe S.A., 37, Boulevard Joseph II, 1840, Luxembourg.
Tel. +39 04711431003 o scrivendo una email all'indirizzo cs-italia@admin.clericalmedical.com.

Scheda di adeguata verifica della clientela (D. LGS . 231/2007 e Reg. n. 44/2019 IVASS)

A. Dati dell'Investitore-Contraente e Beneficiari in caso di decesso

Descrizione del documento inserito

A.1 Primo Investitore-Contraente
Primo Beneficiario in caso di decesso

A.2 Secondo Investitore-Contraente
Secondo Beneficiario in caso di decesso
Legale Rappresentante / Esecutore

Cognome e Nome/Denominazione Sociale
Codice fiscale
Iscrizione Registro Imprese/Albo
N.
Indirizzo di residenza/Sede Legale
CAP
Città Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza
CAP
Città Provincia
Luogo di nascita
Data di nascita <input type="text"/>
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:
Data rilascio documento: <input type="text"/>
Ente rilascio documento:
Fini perseguiti/Prevalente attività economica svolta
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):
Persona Politicamente Esposta? <i>(vedi definizione riportata in sezione H)</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:
Legame con l'/gli Investitore/i-Contraente/i/beneficiario designato Familiare <input type="checkbox"/> d'affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/>

Cognome e Nome/Denominazione Sociale
Codice fiscale
Iscrizione Registro Imprese/Albo
N.
Indirizzo di residenza/Sede Legale
CAP
Città Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza
CAP
Città Provincia
Luogo di nascita
Data di nascita <input type="text"/>
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:
Data rilascio documento: <input type="text"/>
Ente rilascio documento:
Fini perseguiti/Prevalente attività economica svolta
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):
Persona Politicamente Esposta? <i>(vedi definizione riportata in sezione H)</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:
Legame con l'/gli Investitore/i-Contraente/i/beneficiario designato Familiare <input type="checkbox"/> d'affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="checkbox"/>

A.3 Da compilarsi in caso di variazione di contraenza.

Motivo della variazione di contraenza (specificare) _____

Legame con l'/gli Investitore/i-Contraente/i/beneficiario designato Familiare <input type="checkbox"/> d'affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>
--

B. Dati del Titolare Effettivo (sia tipologia Sub.1 che Sub.2 - Sub3 - vedere definizione riportata in sezione H)**B.1 Titolare Effettivo**

Indicare, per ciascun titolare effettivo, la relazione esistente con l'investitore/contraente o con il Beneficiario

Specificare tipologia Titolare effettivo Sub.1, Sub.2 o Sub.3:

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
CAP	
Città	Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza	
CAP	
Città	Provincia
Luogo di nascita	
Data di nascita	<input type="text"/>
Tipo documento di identità	
Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:	
Data rilascio documento:	<input type="text"/>
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:	

B.2 Titolare Effettivo

Indicare, per ciascun titolare effettivo, la relazione esistente con l'investitore/contraente o con il Beneficiario

Specificare tipologia Titolare effettivo Sub.1, Sub.2 o Sub.3:

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
CAP	
Città	Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza	
CAP	
Città	Provincia
Luogo di nascita	
Data di nascita	<input type="text"/>
Tipo documento di identità	
Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:	
Data rilascio documento:	<input type="text"/>
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:	

B.3 Titolare Effettivo

Indicare, per ciascun titolare effettivo, la relazione esistente con l'investitore/contraente o con il Beneficiario

Specificare tipologia Titolare effettivo Sub.1, Sub.2 o Sub.3:

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
CAP	
Città	Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza	
CAP	
Città	Provincia
Luogo di nascita	
Data di nascita	<input type="text"/>
Tipo documento di identità	
Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:	
Data rilascio documento:	<input type="text"/>
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:	

B.4 Titolare Effettivo

Indicare, per ciascun titolare effettivo, la relazione esistente con l'investitore/contraente o con il Beneficiario

Specificare tipologia Titolare effettivo Sub.1, Sub.2 o Sub.3:

Cognome e Nome	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
CAP	
Città	Provincia
Indirizzo Domicilio se diverso da Residenza	
CAP	
Città	Provincia
Luogo di nascita	
Data di nascita	<input type="text"/>
Tipo documento di identità	
Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
Numero documento:	
Data rilascio documento:	<input type="text"/>
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo per cui la Persona Politicamente è Esposta:	

C. Finalità del Rapporto e origine dei fondi

Attività lavorativa ed economica svolta dal titolare effettivo e, in generale, le relazioni d'affari (del titolare effettivo)

C'è coerenza tra la situazione economica o patrimoniale del cliente o del titolare effettivo e l'ammontare dei premi versati

C.1 Scopo e natura dell'operazione

Risparmio per esigenze personali <input type="checkbox"/>	Risparmio per esigenze professionali / commerciali / aziendali <input type="checkbox"/>
Investimento per esigenze personali <input type="checkbox"/>	Investimento per esigenze professionali / commerciali / aziendali <input type="checkbox"/>

C.2 Esecutore dell'operazione o titolare del conto di provenienza/destinazione dell'operazione

L'esecutore dell'operazione o il titolare del conto di provenienza / destinazione dell'operazione è soggetto differente dal Contraente/Beneficiario designato? Si No

Se **Si** specificare i dati identificativi dell'esecutore dell'operazione (come in Sezione A.1):

Legame con l'/gli Investitore/i-Contraente/i/beneficiario designato

Familiare d'affari altro (specificare) _____

C.3 Origine dei fondi

<input type="checkbox"/> Prevalente attività svolta / risparmio	<input type="checkbox"/> Vendita di beni mobili / immobili	<input type="checkbox"/> Attività finanziarie
<input type="checkbox"/> Eredità	<input type="checkbox"/> Operazioni transfrontaliere	
<input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____		

D. Dichiarazione, data e firma dell'Investitore-Contraente, o Beneficiario caso decesso

Il Sottoscritto Investitore-Contraente, o Beneficiario caso decesso, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs 231/07, dichiara di essere stato previamente informato e avvertito come da Informativa di "adeguata verifica" sopra riportata e, altresì, consapevole che per il valido perfezionamento e mantenimento del rapporto contrattuale con la Compagnia è necessario fornire e mantenere dati identificativi e informazioni di "adeguata verifica" in modalità completa ed aggiornata, contestualmente, fermo l'obbligo di effettuare dichiarazioni in aggiornamento e/o integrative come richiesto dalla Compagnia, in ogni caso, dichiaro di impegnarmi a comunicare ogni, eventuale, modifica intercorsa e/o comunque aggiornamento dei dati che si renda necessario in dipendenza della scadenza della documentazione prodotta, assumendomi ogni conseguente responsabilità.

Luogo (Città e Provincia) _____	Data <input type="text"/>
---------------------------------	---------------------------

Firma (Primo Investitore-Contraente, o Beneficiario caso decesso) _____	Firma (Secondo Investitore-Contraente, o Beneficiario caso decesso) _____
---	---

E. Spazio riservato all'intermediario

E.1 Valutazione comportamento tenuto dal cliente

- Dichiarazioni che non presentano incongruenze e/o riscontrate falsità
- Reticenza nel fornire le informazioni richieste
- Inusualità della transazione e/o delle modalità operative o della tempistica
- Interposizione di terzi senza alcuna motivazione commerciale apprezzabile
- Poca trasparenza della struttura di controllo
- Altro (specificare) _____

E.2 Ragionevolezza complessiva dell'operazione (Giudizio basato sul complesso dei dati/informazioni acquisiti)

Si No (specificare) _____

Cognome e Nome dell'Intermediario: _____	
Denominazione della società dell'Intermediario: _____	
Luogo (Città e Provincia) _____	Data <input type="text"/>

Firma _____

E. Questionario per la valutazione dell' adeguatezza del Contratto (Solo per Investitori-Contraenti)**Informazioni Primo Investitore-Contraente****F.1a** Età (solo persone fisiche):

- meno di 35 anni da 35 a 44 anni da 45 a 54 anni
 da 55 a 64 anni da 65 a 74 anni da 75 anni ed oltre

F.1b Età (solo persone fisiche):

- meno di 35 anni da 35 a 44 anni da 45 a 54 anni
 da 55 a 64 anni da 65 a 74 anni da 75 anni ed oltre

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra obiettivi, esigenze e orizzonte temporale indicati dal cliente con l'età dello stesso, anche a scadenza? SI NO **F.2a** Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo determinato
 Occupato con contratto a tempo indeterminato
 Autonomo/libero professionista
 Pensionato
 Occupato con contratto temporaneo, di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, ecc.
 Non occupato

F.2b Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo determinato
 Occupato con contratto a tempo indeterminato
 Autonomo/libero professionista
 Pensionato
 Occupato con contratto temporaneo, di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, ecc.
 Non occupato

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra versamento (o piano di versamenti) e disponibilità finanziarie del cliente o stato occupazionale? SI NO **F.3a** Ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?SI NO **F.3b** Ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?SI NO

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra prestazione principale (ad es. in caso di decesso) e quadro di soggetti a carico del cliente? SI NO **F.4a** Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio / investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (decesso, invalidità, malattie gravi, LTC)
 Nessuna copertura assicurativa vita

F.4b Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (decesso, invalidità, malattie gravi, LTC)
 Nessuna copertura assicurativa vita

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra il cumulo dei contratti assicurativi già esistenti e la tipologia di contratto che si ha intenzione di offrire al cliente? SI NO **F.5** La Sua capacità di risparmio deve essere valutata tenendo conto della Sua situazione patrimoniale, reddituale al netto degli impegni finanziari già in essere; al fine di permettere una corretta indicazione della capacità di risparmio, La preghiamo di valutare ed indicare alcuni dei fattori rilevanti:

Persone Giuridiche Utile Netto dichiarato _____

Persone Fisiche Indicare nelle tabelle a seguire il Reddito Annuo complessivo

Primo Investitore -Contraente

- Reddito non percepito fino a €10.000
 da €10.000 a €20.000 da €20.000 a €50.000
 oltre €50.000

Secondo Investitore -Contraente

- Reddito non percepito fino a €10.000
 da €10.000 a €20.000 da €20.000 a €50.000
 oltre €50.000

Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)

- Assente fino a €1.000 Assente fino a €1.000
 da €1.000 a €5.000 oltre €5.000 da €1.000 a €5.000 oltre €5.000

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra versamento (o piano di versamenti) e disponibilità finanziarie del cliente o stato occupazionale? SI NO **F.6a** Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura della Sua capacità economica?

- In crescita Stazionaria In diminuzione

F.6b Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura della Sua capacità economica?

- In crescita Stazionaria In diminuzione

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra versamento (o piano di versamenti) e le aspettative di crescita futura dei redditi personali del cliente? SI NO **F.7a** Qual'è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione dei suddetti obiettivi?

- Breve (<5 anni) Medio (6-10 anni) Lungo (>10 anni)

F.7b Qual'è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione dei suddetti obiettivi?

- Breve (<5 anni) Medio (6-10 anni) Lungo (>10 anni)

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza tra durata, tipologia dell'investimento e orizzonte temporale indicato? SI NO **F.8a** Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende Perseguire con il Contratto?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (decesso, invalidità, malattie gravi, LTC)

F.8b Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il Contratto?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (decesso, invalidità, malattie gravi, LTC)

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza tra la tipologia di Contratto e gli obiettivi assicurativo/previdenziali del cliente? SI NO

F.9a Quali sono la Sua propensione al rischio e conseguentemente le Sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

BASSA (voglio proteggere nel tempo il capitale investito, di conseguenza accetto rendimenti modesti e sono disposto ad accettare rischi molto contenuti)

MEDIA (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del Contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato)

ALTA (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditività e nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi)

F.9b Quali sono la Sua propensione al rischio e conseguentemente le Sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

BASSA (voglio proteggere nel tempo il capitale investito, di conseguenza accetto rendimenti modesti e sono disposto ad accettare rischi molto contenuti)

MEDIA (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del Contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato)

ALTA (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditività e nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi)

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza del Contratto con la propensione al rischio dichiarata dall'Investitore-Contrante? SI NO

F.10a I Suoi altri investimenti sono: (indicare la voce prevalente)

Prevalentemente azionari

Prevalentemente obbligazionari e bilanciati

Prevalentemente titoli di stato

Prevalentemente il cc

F.10b I Suoi altri investimenti sono: (indicare la voce prevalente)

Prevalentemente azionari

Prevalentemente obbligazionari e bilanciati

Prevalentemente titoli di stato

Prevalentemente il cc

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza del Contratto con eventuali esigenze di diversificazione del rischio/patrimonio rispetto all'attuale situazione degli investimenti del cliente? SI NO

F.11a Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

Versamenti periodici Versamento unico

F.11b Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

Versamenti periodici Versamento unico

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza tra programma di versamenti del Contratto e modalità richieste dall'Investitore-Contrante? SI NO

F.12a Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni del Contratto?

Bassa Alta

F.12b Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni del Contratto?

Bassa Alta

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza tra probabilità di disinvestimento e rischiosità o penalizzazione in caso di uscita anticipata? SI NO

F.13 Eventuali Informazioni Aggiuntive

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler rispondere alle domande poste alla sezione F o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

G. DICHIARAZIONE - ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Motivazione di inadeguatezza. Obbligatoria in caso di inadeguatezza

Ragioni per cui il cliente chiede di stipulare un contratto di assicurazione non adeguato alle sue esigenze:

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO

Il/i sottoscritto/i Investitore/i-Contrante/i, del contratto, dichiara/dichiarano di essere stato/i informato/i dei sopraindicati motivi di inadeguatezza, qualora indicati. Dichiara/Dichiarano in qualsiasi caso di voler comunque stipulare il contratto.

Firma (Primo Investitore-Contrante)
Data (gg/mm/aaaa) <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nome(i) e Cognome dell'Intermediario (in STAMPATELLO)

Firma (Secondo Investitore-Contrante)
Firma e timbro dell'Intermediario

H. Definizioni

Sanzioni penali (Art. 55, co. 3 del D. Lgs. 231/2007)

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato 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.

Titolare effettivo

- 1) titolare effettivo sub 1: la persona fisica o le persone fisiche per conto delle quali il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione;
- 2) titolare effettivo sub 2: nel caso in cui il cliente o il soggetto per conto del quale il cliente instaura un rapporto continuativo o realizza un'operazione siano soggetti diversi da una persona fisica, la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà di tali soggetti ovvero il relativo controllo,
- 3) la persona o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile direttamente o indirettamente la proprietà ovvero il relativo controllo del soggetto, diverso da una persona fisica
 - che ha diritto di percepire la prestazione assicurativa, sulla base della designazione effettuata dal contraente o all'assicurato, o
 - a favore del quale viene effettuato il pagamento, su eventuale disposizione del beneficiario designato (titolare effettivo sub3).

Persona Politicamente Esposta (art. 1 D. Lgs. 90/2017 sez.dd)

Le Persone Politicamente Esposte (P E P) sono:

- 1) le 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 partiti politici;
 - 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) 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) i soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 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 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;

Clerical Medical è una denominazione commerciale di Scottish Widows Europe, una società costituita in forma di "société anonyme" ai sensi delle leggi del Granducato di Lussemburgo, con sede legale in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Lussemburgo e registrata presso il Registro delle Imprese del Lussemburgo con il numero B228618. La società è un'impresa di assicurazione autorizzata a fornire attività assicurative dal Commissariat aux Assurances. Il marchio Clerical Medical è di proprietà di Scottish Widows Limited e concesso in licenza a Scottish Widows Europe.