

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 a 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

Scottish Widows Europe S.A., è una società costituita in forma di "société anonyme" ai sensi delle leggi del Granducato di Lussemburgo, con sede legale in Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Lussemburgo, registrata presso il Registro delle Imprese del Lussemburgo con il numero B228618 con capitale sociale pari a € 81.000.000,00 ed autorizzata a fornire attività assicurative dal Commissariat aux Assurances in Lussemburgo.

La Rappresentanza Generale per l'Italia di Scottish Widows Europe S.A. ha sede in Via dei Valtorta 47 20127 Milano ed è iscritta nell'Elenco IVASS delle imprese di assicurazione UE ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento con n. I.00160, con numero di partita IVA 10792080961 e numero di codice fiscale 10792080961. Tel. +39 02 7210871, Sito Web: www.clericalmedical.com/it.

Clerical Medical è una denominazione commerciale di Scottish Widows Europe S.A. Il marchio è di proprietà di Scottish Widows Limited e concesso in licenza a Scottish Widows Europe S.A.

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

A. Dati dell'Investitore-Contraente o dei 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
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>
Numero documento:
Data rilascio documento:
Ente rilascio documento:
Fini perseguiti/Prevalente attività economica 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:
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
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>
Numero documento:
Data rilascio documento:
Ente rilascio documento:
Fini perseguiti/Prevalente attività economica 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:
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	
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>	
Numero documento:	
Data rilascio documento:	
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Sì <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	
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>	
Numero documento:	
Data rilascio documento:	
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Sì <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	
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>	
Numero documento:	
Data rilascio documento:	
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Sì <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	
Tipo documento di identità Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/>	
Numero documento:	
Data rilascio documento:	
Ente rilascio documento:	
Prevalente attività svolta	
Sede di svolgimento dell'attività prevalente (provincia e nazione):	
Persona Politicamente Esposta? (vedi definizione riportata in sezione H)	Sì <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? Sì 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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)

Sì No (specificare) _____

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

F. 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

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra obiettivi, esigenze e orizzonte temporale indicati dal cliente con l'età dello stesso, anche a scadenza? S I 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

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra versamento (o piano di versamenti) e disponibilità finanziarie del cliente o stato occupazionale? S I NO

F.3a Ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)? S I NO

Verifica Adeguatezza.

Vi è coerenza tra prestazione principale (ad es. in caso di decesso) e quadro di soggetti a carico del cliente? S I 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

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? S I 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

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

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

Informazioni Secondo Investitore-Contraente

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

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

F.3b Ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)? S I NO

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 versamento (o piano di versamenti) e disponibilità finanziarie del cliente o stato occupazionale? S I NO

F.6a 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? S I 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)

Verifica Adeguatezza. Vi è coerenza tra durata, tipologia dell'investimento e orizzonte temporale indicato? S I 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.6b Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura della Sua capacità economica?

- In crescita Stazionaria In diminuzione

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)

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? S I NO

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

- B A S S A (voglio proteggere nel tempo il capitale investito, di conseguenza accetto rendimenti modesti e sono disposto ad accettare rischi molto contenuti)
- M E D I A (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)
- A L T A (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?

- B A S S A (voglio proteggere nel tempo il capitale investito, di conseguenza accetto rendimenti modesti e sono disposto ad accettare rischi molto contenuti)
- M E D I A (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)
- A L T A (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-Contraente? SÌ 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? SÌ 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-Contraente? SÌ 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? SÌ 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-Contraente/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-Contraente)



Data (gg/mm/aaaa)

Nome(i) e Cognome dell'Intermediario (in STAMPATELLO)

Firma (Secondo Investitore-Contraente)



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 dall'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) 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 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) 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;

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

Scottish Widows Europe S.A., è una società costituita in forma di "société anonyme" ai sensi delle leggi del Granducato di Lussemburgo, con sede legale in Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Lussemburgo, registrata presso il Registro delle Imprese del Lussemburgo con il numero B228618 con capitale sociale pari a € 81.000.000,00 ed autorizzata a fornire attività assicurative dal Commissariat aux Assurances in Lussemburgo.

La Rappresentanza Generale per l'Italia di Scottish Widows Europe S.A. ha sede in Via dei Valtorta 47 20127 Milano ed è iscritta nell'Elenco IVASS delle imprese di assicurazione UE ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento con n. I.00160, con numero di partita IVA 10792080961 e numero di codice fiscale 10792080961. Tel. +39 02 7210871, Sito Web: www.clericalmedical.com/it.

Clerical Medical è una denominazione commerciale di Scottish Widows Europe S.A. Il marchio è di proprietà di Scottish Widows Limited e concesso in licenza a Scottish Widows Europe S.A.