

**Codice Intermediario**

**Sotto-codice**

**Data**

**Presenza fisica del Cliente**

☐ SI ☐ NO

Se, NO ☐ Firma Digitale ☐ Collegamento Audio/Video<sup>1</sup>

**SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE /ADERENTE**

Cognome e nome

Data di nascita  Luogo di nascita  Nazionalità

Cod.Fisc.  Sesso: ☐ M ☐ F Tipo doc. di identità

N.  Rilasciato il  da

Località di rilascio  Data scadenza doc. identità

Indirizzo di residenza  CAP  Prov.  Stato<sup>2</sup>

Telefono  Mail

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di

Incarichi Pubblici<sup>4</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in quanto

**SEZIONE B – ALTRI SOGGETTI**

*Il Beneficiario:*

Cognome e nome  Cod.Fisc.

Data di nascita  Luogo di nascita

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di

*Il Beneficiario:*

Cognome e nome  Cod.Fisc.

Data di nascita  Luogo di nascita

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di

*Il Beneficiario:*

Cognome e nome  Cod.Fisc.

Data di nascita  Luogo di nascita

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di

<sup>1</sup> Compilare l'Adeguata Verifica avanzata

<sup>2</sup> Se estero

<sup>3</sup> Persona Politicamente Esposta

<sup>4</sup> Dall'Articolo 46, comma 1, lett. B del Reg IVASS 44/2019: "le cariche pubbliche ricoperte in ambiti non ricompresi nella nozione di persona politicamente esposta, per i quali sussiste una rilevante esposizione al rischio di corruzione, inclusi gli amministratori locali, i soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica"

## SEZIONE B – ALTRI SOGGETTI

*Il Beneficiario:*

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale \_\_\_\_\_

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di \_\_\_\_\_

*Il Beneficiario:*

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale \_\_\_\_\_

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di \_\_\_\_\_

*Il Pagatore (se diverso dal contraente/aderente):*

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Paese di Residenza: ☐ Italia ☐ UE ☐ Paesi Terzi<sup>1</sup>, quale \_\_\_\_\_

☐ appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ☐ ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

☐ non è riconducibile né all'ambito familiare né professionale<sup>1</sup>

In ogni caso, specificare il rapporto tra le parti \_\_\_\_\_

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di \_\_\_\_\_

## SEZIONE C – ULTERIORI INFORMAZIONI

**Istituto di credito di provenienza/destinazione:** ☐ Italia ☐ Stato Estero<sup>1</sup>, specificare quale \_\_\_\_\_

**Titolare Effettivo del Rapporto:** ☐ (1) Unico Titolare Effettivo ☐ (2) Titolare Effettivo unitamente a:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome) (Codice Fiscale) (Residenza)

PEP<sup>3</sup> ☐ NO ☐ SI<sup>1</sup>, in qualità di \_\_\_\_\_

*Ai sensi e per gli effetti di cui agli Artt. 19, 22 e 55 del D.Lgs. 231/2007, novellato dal D.Lgs 90/2017, nonché del Reg IVASS 44/2019, il sottoscritto/la sottoscritta dichiara che tutte le informazioni rese e riportate nel presente documento sono veritiere e si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto, sotto la propria responsabilità, le variazioni circa le informazioni riportate nel presente questionario nonché qualsivoglia eventuale futuro cambiamento che possa influenzare la sua classificazione ed il suo profilo di rischio.*

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente/Aderente

*I dati e le informazioni riportati nel presente documento sono raccolti da AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia per adempiere ad obblighi di legge in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo di cui al Decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e delle relative Disposizioni attuative emanate da Banca d'Italia e da IVASS.*

*Con riferimento ai dati richiesti nell'ambito dell'adeguata verifica esperita ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e relativa normativa attuativa, il Contraente/Aderente attesta di essere stato debitamente informato:*

*- in merito alle conseguenze derivanti dall'impossibilità di completare l'adeguata verifica.*

*In particolare, AFI ESCA ITALIA, qualora non ottenga le informazioni di cui al presente documento, nel rispetto della normativa in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo, non potrà instaurare alcun rapporto con il Contraente/Aderente stesso, né eseguire operazioni e, ove il rapporto fosse già stato avviato, dovrà porre fine allo stesso conducendo ogni valutazione ritenuta necessaria in merito alla mancata disponibilità a fornire informazioni nel rispetto delle previsioni di legge.*

<sup>1</sup> Compilare l'Adeguata Verifica avanzata

<sup>3</sup> Persona Politicamente Esposta

**Scheda di Adeguata Verifica a cura del Distributore – Sezione D (a cura del Distributore)**

**Comportamento tenuto dal cliente all'instaurazione del rapporto continuativo**

- ☐ Normale \_\_\_\_\_
- ☐ Riluttanza e/o reticenza nel fornire le informazioni richieste<sup>1</sup>
- ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione<sup>1</sup>
- ☐ Il cliente mostra una inusuale familiarità con le norme antiriciclaggio<sup>1</sup>
- ☐ Altre anomalie comportamentali riscontrate<sup>1</sup>. Specificare \_\_\_\_\_

**Le informazioni ricevute dal cliente, sono da ritenersi attendibili?** ☐ Sì ☐ No<sup>1</sup>. Specificare il motivo \_\_\_\_\_

(Ai fini della valutazione di dati rilevanti il Distributore deve fare riferimento anche al Provvedimento della Banca d'Italia recante gli indicatori di anomalia per gli intermediari emesso con delibera n. 616 del 24.08.2010).

Il soggetto incaricato al collocamento dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione del contraente/sottoscrittore della presente proposta/polizza secondo le modalità e nell'adempimento degli obblighi previsti dal D. lgs. 231/2007 e successive modificazioni.

Dichiara altresì di aver consegnato al cliente la copia del Modulo di adeguata verifica.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice soggetto incaricato al collocamento \_\_\_\_\_ Num. iscrizione RUI \_\_\_\_\_

Regione di attività del soggetto incaricato del collocamento \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro/Firma \_\_\_\_\_

**Validazione percorso di Adeguata Verifica**

Intermediario \_\_\_\_\_ Timbro/Firma \_\_\_\_\_

**Spazio riservato alla Compagnia**

Tipo verifica sul nominativo: \_\_\_\_\_

☐ WCL \_\_\_\_\_

☐ Altro esito delle verifiche: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Compilare l'Adeguata Verifica avanzata