

CARDIF LUX VIE

RAPPORTO CONFIDENZIALE

CONOSCENZA DEL CLIENTE

 Sottoscrizione

Proposta N° _____

 Versamento complementare

Contratto N° _____

Ai sensi della normativa lussemburghese in materia di assicurazioni e al fine di offrirle un servizio professionale ottimale e adeguato alla sua situazione, la preghiamo di voler cortesemente compilare il presente documento.

- Per qualsiasi nuova sottoscrizione, è obbligatorio compilare in modo esaustivo il documento.
- Per i versamenti complementari, è obbligatorio compilare le parti 3.5, 4 e 5 e le altre parti solo in caso di variazioni di situazione.

In caso di risposte incomplete, il presente documento potrebbe dare luogo a ulteriori domande e ritardare l'elaborazione della sua pratica.

In caso di **beneficiari economici** multipli la preghiamo di compilare un **rapporto confidenziale per persona**. La preghiamo inoltre di fornire un **documento di identità** valido, leggibile (testo e foto) e certificato conforme all'originale per ogni persona fisica. Per ogni persona giuridica, la preghiamo di fornire una **dichiarazione di beneficiario economico** compilata e firmata dal/dai beneficiario/i economico/i nonché un **documento di identità** valido, leggibile (testo e foto) e certificato conforme all'originale di ogni beneficiario economico. Cardif Lux Vie si riserva il diritto di richiedere qualsiasi documento o giustificativo complementare per l'analisi della pratica.

Versamento	Importo	Valuta	Tipo di supporto
Premio			<input type="checkbox"/> Multisupporto
Premio complementare previsto			<input type="checkbox"/> Fondo interno collettivo
Data stimata			<input type="checkbox"/> Fondo dedicato
			<input type="checkbox"/> Fondo generale

1. RELAZIONE TRA L'INTERMEDIARIO E IL SOTTOSCRITTORE

Nome dell'intermediario (Banca, broker, ...) _____ Filiale _____

Nome del referente _____ Telefono _____

Da quando e in che modo l'intermediario è entrato in relazione con il sottoscrittore? _____

Il sottoscrittore ha già sottoscritto dei contratti di assicurazione vita / capitalizzazione tramite il suo intermediario? Sì No

Per quanto di sua conoscenza, il versamento le sembra in linea con il profilo socio-economico del cliente? Sì No

2. IDENTIFICAZIONE DEL/DEI SOTTOSCRITTORE/I

(O DEL BENEFICIARIO ECONOMICO SE DIVERSO DAL SOTTOSCRITTORE) (ALLEGARE I DOCUMENTI DI IDENTITÀ RICHIESTI – SI VEDA LA GUIDA AML)

2.1. Il/I sottoscrittore/i

Sottoscrittore 1

Cognome _____ Cognome da coniugata _____

Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / _____

Indirizzo _____

Stato civile Coniugato/a* Celibe/Nubile Divorziato/a Vedovo/a *Se coniugato/a, in che regime _____

Sottoscrittore 2

Cognome _____ Cognome da coniugata _____

Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / _____

Indirizzo _____

Stato civile Coniugato/a* Celibe/Nubile Divorziato/a Vedovo/a *Se coniugato/a, in che regime _____

2.2. Il/I beneficiario/i economico/i

Il/I sottoscrittore/i agisce/agiscono per proprio conto? Sì No

Se no, indicare:

Cognome _____ Cognome da coniugata _____

Nome _____ Indirizzo _____

Nell'ipotesi in cui il sottoscrittore non agisca per proprio conto, si prega di specificare la finalità dell'operazione e la qualità del beneficiario economico _____



LPS-FR-RC-fr | 13062014

3. INFORMAZIONI SULLE PARTI CONTRATTUALI

3.1. Situazione professionale del/dei sottoscrittore/i (o del beneficiario economico se diverso dal sottoscrittore)

Attività professionale	Sottoscrittore 1	Sottoscrittore 2
<input type="checkbox"/> Libero professionista / autonomo / commerciante / artigiano		
<input type="checkbox"/> Funzionario		
<input type="checkbox"/> Dipendente (quadro, impiegato, operaio)		
<input type="checkbox"/> Dirigente d'azienda		
<input type="checkbox"/> In pensione dal	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
- Ultimo impiego		
- Nome del datore di lavoro		
- Luogo di attività		
PRECISAZIONI IN MERITO ALL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE INDICATA SOPRA		
- Nome della società / datore di lavoro / amministrazione		
- Settore d'attività		
- Luogo di attività		
- Da che anno		
<input type="checkbox"/> Senza professione		
- Cognome e nome del coniuge		
- Professione del coniuge		
- Società / Luogo di attività		
- Fonte di reddito		
<input type="checkbox"/> Altro, specificare		

3.2. Carica pubblica (persone politicamente esposte – Direttiva europea 2006/70/CE del 01/08/2006)

Il sottoscrittore (o il beneficiario economico), o qualcuno dei suoi prossimi*, occupa o ha occupato una funzione o una carica pubblica? Sì** No

* Se prossimo, legame con il sottoscrittore _____

** Se sì: Società ed impresa pubblica Uomini politici Giustizia Militare Diplomatico Altro, specificare _____

Dettagli sulla funzione o la carica: Istituzione _____ Luogo di esercizio _____

Data di entrata in carica ____ / ____ / _____ ed eventualmente data di conclusione della carica ____ / ____ / _____

3.3. Assicurato/i se diverso/i dal/i sottoscrittore/i (solo per i contratti di assicurazione vita)

Assicurato 1

Cognome _____ Cognome da coniugata _____
 Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / _____
 Indirizzo _____
 Professione _____ legame con il sottoscrittore _____

Assicurato 2

Cognome _____ Cognome da coniugata _____
 Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / _____
 Indirizzo _____
 Professione _____ legame con il sottoscrittore _____

3.4. Beneficiario/i in caso di decesso (solo per i contratti di assicurazione vita)

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita ____ / ____ / _____ Indirizzo _____
 legame con il sottoscrittore _____
 Occupa una carica pubblica? Sì* No
 *Se sì, fornire dettagli sulla funzione o la carica _____

3.5. Dichiarazione dell'intermediario

3.5.1. Dichiaro che, a mia conoscenza, l'insieme dei soggetti del contratto (sottoscrittore, beneficiario economico, assicurato, beneficiario in caso di decesso se conosciuti, società in cui le parti hanno un interesse significativo) non sono oggetto di articoli di stampa che potrebbero danneggiare la loro immagine o contestare la loro onorabilità.

In caso contrario specificare gli elementi di allerta individuati: _____

3.5.2. Dichiaro che, a mia conoscenza, l'operazione non presenta nessun elemento atipico o sospetto tale da recare pregiudizio all'assicurato e/o all'intermediario.

In caso contrario specificare gli elementi di allerta individuati : _____

3.5.3. Dichiaro che, a mia conoscenza, l'insieme dei soggetti del contratto (sottoscrittore, beneficiario economico, beneficiario in caso di decesso se conosciuti, società in cui le parti hanno un interesse superiore o uguale al 25%) non presentano alcun indice US (Fatca). Se fosse il caso, specificare gli elementi di allerta individuati* : _____

e farci pervenire i documenti richiesti* debitamente compilati e firmati dal sottoscrittore.

4. ORIGINE DEI FONDI DEPOSITATI PRESSO CARDIF LUX VIE

(ALLEGARE I DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI RICHIESTI – SI VEDA LA GUIDA AML)

4.1. Modalità di pagamento

Bonifico Titoli Assegno

Proveniente:

Nome e paese dell'istituto bancario _____

dal conto personale o dal conto cointestato del/dei sottoscrittore(i) N° _____

dal conto di una persona giuridica nel caso in cui il sottoscrittore sia una persona giuridica N° _____

dal conto di una compagnia assicurativa Nome e paese della compagnia _____

dal conto di un notaio Cognome e indirizzo del notaio _____

4.2. Origine economica dei fondi

In quale paese sono stati costituiti i fondi?

Risparmio professionale Specificare _____
 Forma di risparmio prima dell'investimento: titoli deposito a termine libretto di risparmio Altro, specificare _____

Patrimonio familiare Specificare come il patrimonio è stato costituito (nome della famiglia) _____

Donazione Cognome e nome del donatore _____
 Legame di parentela con il donatore _____ data di donazione ____ / ____ / ____
 Giustificazione dell'origine dei fondi in capo al donatore (se di origine professionale, professione, funzione esatta e luogo di attività del datore di lavoro del donatore) _____

Eredità / successione Cognome e nome del defunto _____
 Legame di parentela _____
 Anno del decesso _____
 Giustificazione dell'origine dei fondi in capo al defunto (se di origine professionale, professione, funzione esatta e luogo di attività del datore di lavoro del defunto) _____

Contratto di assicurazione vita / capitalizzazione Se il contratto di assicurazione è sottoscritto da terzi, legame con il sottoscrittore (o beneficiario economico) _____
 Origine dei fondi investiti nel contratto: Donazione** Eredità** Attività professionale Altro, specificare _____

Vendita immobiliare Importo della vendita _____
 Data di cessione del bene venduto ____ / ____ / ____
 Indirizzo del bene venduto _____
 Modalità di acquisizione: Donazione** Eredità** Attività professionale Altro, specificare _____

Cessione di società Natura dell'operazione (data di cessione, nome della società, cessione parziale o totale, importo della transazione, nome dell'acquirente) _____

Vendita di titoli Importo della vendita _____
 Modalità di acquisizione: Donazione** Eredità** Attività professionale Altro, specificare _____

Altro Specificare _____

* Elementi di allerta individuati : nazionalità, luogo di nascita, residenza, conto corente, numero di telefono, indirizzo e-mail, indirizzo US del mandatario. Documenti necessari : formulari W-8 BEN o W-9.

** Si prega di compilare il punto "Donazione" o "Eredità"



5. SITUAZIONE FINANZIARIA E PATRIMONIALE DEL/I SOTTOSCRITTORE/I

5.1. Redditi annui e patrimonio/i del/i sottoscrittore/i o beneficiario/i economico/i (si veda la guida AML [lotta contro il riciclaggio])

	Sottoscrittore 1	Sottoscrittore 2
Redditi annui	<input type="checkbox"/> Inferiori a 100.000 EUR	<input type="checkbox"/> Inferiori a 100.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 100.000 a 250.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 100.000 a 250.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 250.000 a 500.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 250.000 a 500.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 500.000 a 1.000.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 500.000 a 1.000.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Superiori a 1.000.000 EUR	<input type="checkbox"/> Superiori a 1.000.000 EUR
Patrimonio	<input type="checkbox"/> Inferiori a 250.000 EUR	<input type="checkbox"/> Inferiori a 250.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 250.000 a 500.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 250.000 a 500.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 500.000 a 1.000.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 500.000 a 1.000.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Da 1.000.000 a 2.500.000 EUR	<input type="checkbox"/> Da 1.000.000 a 2.500.000 EUR
	<input type="checkbox"/> Superiori a 2.500.000 EUR	<input type="checkbox"/> Superiori a 2.500.000 EUR
	specificare: _____	specificare: _____

5.2. Descrizione dettagliata del patrimonio complessivo del/i sottoscrittore/i o (beneficiario/i economico/i) (si veda la guida AML [lotta contro il riciclaggio])

Descrizione dettagliata del patrimonio del sottoscrittore 1	Descrizione dettagliata del patrimonio del sottoscrittore 2
<input type="checkbox"/> Immobiliare in EUR:	<input type="checkbox"/> Immobiliare in EUR:
<input type="checkbox"/> Valore mobiliare in EUR:	<input type="checkbox"/> Valore mobiliare in EUR:
<input type="checkbox"/> Partecipazione societaria in EUR o %:	<input type="checkbox"/> Partecipazione societaria in EUR o %:
<input type="checkbox"/> Contratto di assicurazione vita in EUR:	<input type="checkbox"/> Contratto di assicurazione vita in EUR:
<input type="checkbox"/> Liquidità in EUR:	<input type="checkbox"/> Liquidità in EUR:
<input type="checkbox"/> Altro in EUR, specificare:	<input type="checkbox"/> Altro in EUR, specificare:

6. OBIETTIVO / FINALITÀ DELLA SOTTOSCRIZIONE

- Integrazione del reddito (per pensione, ...)
 Valorizzazione del capitale
 Trasmissione del capitale
 Costituzione di un risparmio precauzionale
 Preparazione di un progetto (specificare) _____
 Altro (se necessario, specificare in una nota a parte) _____

Osservazioni dell'intermediario _____

FIRMA/E

Luogo _____
 Data ____ / ____ / 20 ____
 Cognome _____
 Nome _____

Firma e timbro dell'intermediario

