

**DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER RISCOFFO TOTALE O PARZIALE (MODULO PER PERSONE FISICHE)**

(compilare tutti i campi obbligatoriamente)

Polizza n.: \_\_\_\_\_ Contraente: \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONTRAENTE**

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

se indirizzo di domicilio è diverso da residenza indicare anche indirizzo di domicilio

Indirizzo di domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA FISCALE Il sottoscritto dichiara**

- di essere cittadino:  Italiano  Altro Stato (indicare Stato) \_\_\_\_\_

e  
 - di essere fiscalmente residente<sup>1</sup> in:  Italia  Altro Stato (indicare Stato)

**NB se residente in Stato estero occorre compilare anche i campi sottostanti**

Codice Fiscale estero \_\_\_\_\_ (allegare copia del cod.fisc.)

Motivazione di indisponibilità del codice fiscale estero \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI EX D.Lgs 231/07 e s.m.i. Il sottoscritto:**

- dichiara di  essere  non essere persona politicamente esposta<sup>2</sup>

- in caso di risposta affermativa indicare:  Tipologia PEP  Legame con la PEP (si vedano tabelle pag.3/4)

- Il cliente dispone l'operazione per conto di un altro soggetto? No  Si

**MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTE**

accreditato su c/c:  intestato al richiedente  cointestato al richiedente (compilare campi sottostanti)

**DATI COINTESTATARI**

Nome e cognome \_\_\_\_\_ relazione con il richiedente \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_ relazione con il richiedente \_\_\_\_\_

IBAN

assegno per traenza da inviarsi all'indirizzo suindicato\*.

\* si consiglia l'utilizzo del bonifico bancario poiché l'accredito avviene in tempi ridotti rispetto all'invio dell'assegno

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che le informazioni fornite (rilevanti anche ai fini antiriclaggio) vengono rilasciate sotto la propria responsabilità. Inoltre, in base a quanto previsto dalle Condizioni Contrattuali, chiede:

il riscatto totale della suddetta polizza, con conseguente liquidazione del valore di riscatto in un'unica soluzione.

il riscatto parziale della suddetta polizza per l'importo netto di € \_\_\_\_\_

In caso di necessità potrà essere contattato nel seguente modo (indicare n.tel o mail) \_\_\_\_\_

Luogo e data	Firma del Vincolatario/beneficiario accettante (se presente)	Firma del CONTRAENTE
_____	_____	_____

**Documenti da allegare:**

- Copia frontetero di valido documento d'identità con firma visibile e Copia del codice fiscale

- Se Contraente diverso da Assicurato: autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato corredata da copia frontetero

di valido doc. di identità con firma visibile

**INFORMAZIONI OBBLIGATORIE:** Informazioni aggiuntive ai sensi del D.lgs. 231/2007 (adeguata verifica della clientela)  
 Il sottoscrittore, consapevole della responsabilità penale derivante dal rilascio di false informazioni, dichiara di fornire le seguenti informazioni sotto la propria piena responsabilità (cfr. art.21 D.Lgs. 231/2007):

**Reddito annuo del Contraente:**  
 Fino a 50.000 €                       compreso tra 50.001 € e 100.000 €                       compreso tra 100.001 e 250.000 €  
 compreso tra 250.001 e 500.000 €                       Oltre 500.000 €

**Motivazione dell'operazione:** .....

**Area geografica di destinazione dei fondi**  
 Italia                       Stati UE                       Statiextra UE (indicare Stato) \_\_\_\_\_

**Professione del contraente :**  
 Dipendente indicare \_\_\_\_\_                       Lavoratore autonomo (specificare) \_\_\_\_\_  
 Dirigente/Soggetto Apicale (membri CdA, Dir. Generali ecc) indicare AZIENDA \_\_\_\_\_  
 Imprenditore indicare AZIENDA \_\_\_\_\_                       Non occupato  
 Pensionato                       Libero professionista  
 (spec.professione svolta prima della quiescenza)                      (spec. tipo di libera professione)

**Settore attività economica del contraente SAE:**  
 Famiglie consumatrici ITA                       Famiglie consumatrici di paesi UE membri UM (773)                       Famiglie consumatrici di paesi UE non membri UM (774)                       Famiglie consumatrici di paesi non UE (775)  
 Altre famiglie produttrici ITA (615)                       Famiglie produttrici di paesi UE membri (768)                       Famiglie produttrici di paesi UE non membri (769)                       Famiglie produttrici di paesi non UE (772)  
 Artigiani ITA

**Tipo attività economica del contraente (TAE)\*:** vedi box a pag 4

\* se pensionato riferita all'ultima attività svolta

**Nazione dell'attività economica prevalente:** \_\_\_\_\_

**Provincia dell'attività economica prevalente:** \_\_\_\_\_

**Nazioni in cui si intrattengono relazioni commerciali:** \_\_\_\_\_

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

Sezione da compilare solo in caso di ulteriori residenze fiscali<sup>3</sup>:

#	Stato estero di residenza fiscale	Codice fiscale estero (NB allegare copia)	Motivazione di indisponibilità del codice fiscale estero
1			
2			
3			

**ALLEGATO ALL'AUTOCERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA FISCALE**  
 Dati essenziali ai fini della due diligence Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

a) Seconda Cittadinanza: \_\_\_\_\_

b) Green Card n. \_\_\_\_\_ data di rilascio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 data scadenza: \_\_\_\_\_

c) dichiaro di essere emigrato permanentemente in USA ma di non essere cittadino USA SI  NO

d) di aver vissuto continuativamente in USA per più di 183 giorni nell'ultimo anno SI  NO

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



