

Da inviarsi a mezzo raccomandata a:  
**Crédit Agricole Vita S.p.A.**  
**Ufficio Liquidazioni**  
**Via Imperia, 35 – 20142 Milano (MI)**

## **RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE PER DECESSO DELL'ASSICURATO**

### **Avvertenze:**

- Il presente modulo è stato predisposto da Crédit Agricole Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili ai fini della liquidazione della prestazione assicurata ed è utilizzabile a discrezione del Beneficiario
- La richiesta di pagamento, ove effettuata con il presente modulo, deve essere compilata e sottoscritta dal Beneficiario della Polizza
- In caso di più beneficiari ciascuno dovrà compilare la richiesta di pagamento indicando un conto corrente a lui intestato per l'accredito della propria quota capitale.

<b>Il sottoscritto BENEFICIARIO</b>	
Nome e Cognome	_____
Codice Fiscale	_____
Indirizzo Residenza	_____
Comune	_____ Prov. _____
Recapito Telefonico	_____ e-mail _____
Documento d'identità	_____ n. _____
Rilasciato da	_____ in data ___/___/_____
In qualità di Beneficiario della/e polizza/e numero _____ il cui Assicurato _____ è deceduto in data ___/___/_____	
<b>richiede il pagamento della quota di capitale a lui spettante</b>	
sul seguente conto corrente a me intestato/cointestato: IBAN _____	

A tal fine si allega la seguente documentazione :

- **Certificato di morte dell'Assicurato**
- Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale**
- **Attestato d'identificazione ai sensi del decreto legislativo 231/2007 (normativa antiriciclaggio)** rilasciato dalla propria banca o presso l'anagrafe del proprio Comune di residenza (solo per importi superiori a 15.000,00 euro).
- **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio con firma autenticata** da cui risulti:
  - Se l'assicurato ha lasciato o meno testamento;
  - Se tale testamento, di cui deve essere rimessa "copia Autentica e di cui specificare n. di repertorio e di raccolta", sia allo stato l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato.

In particolare, se in polizza risultano indicati, quali beneficiari, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'assicurato, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio dovrà riportare:

- L'elenco di tutti gli eredi del De Cuius con l'indicazione delle generalità complete, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi;
- l'eventuale stato di gravidanza della vedova;

- **Copia autentica del provvedimento del Giudice Tutelare** (con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione della prestazione destinata a beneficiari minorenni o incapaci, indicando anche il/i numero/i di polizza e le modalità per il reimpiego di tale somma)

**Ed inoltre, per il caso di decesso da malattia: (solo in caso di polizze temporanee in caso di morte)**

- Relazione del medico curante sulle cause del decesso compilata dal medico che aveva in cura l'Assicurato fino alla data di decesso (inclusa anamnesi medica)
- Copia della cartella clinica informatizzata limitata ai 5 anni antecedenti la data di decorrenza della polizza con particolare riferimento alle seguenti sezioni: anamnesi patologica personale, ricoveri o interventi ambulatoriali, terapie farmacologiche, scheda patologie, cronologia prescrizione esami del sangue, indagini specialistiche complete di referti. Tutte le informazioni dovranno essere collocate temporalmente.
- In assenza di cartella clinica informatizzata, dovrà essere fornita Anamnesi medica limitata ai cinque anni antecedenti la data di decorrenza della polizza

**Per il caso di decesso da infortunio / incidente stradale/Suicidio:**

- Documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso

<b>Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale (normativa FATCA-CRS/AEoI)</b>	
Residenza ai fini fiscali 1	Codice fiscale
_____	_____
Residenza ai fini fiscali 2	Codice fiscale
_____	_____
Residenza fiscale negli Stati Uniti	Paese di residenza fiscale _____
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Luogo Data

\_\_\_\_\_  
firma del Beneficiario

**ATTENZIONE:** Le richieste di pagamento incomplete delle informazioni o della documentazione comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

**N.B. La richiesta di liquidazione e la relativa documentazione possono essere anticipati in allegato mail all'indirizzo: [liquidazioni@ca-vita.it](mailto:liquidazioni@ca-vita.it) oppure a [liquidazioni.ca-vita@legalmail.it](mailto:liquidazioni.ca-vita@legalmail.it)**

<b>TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</b>	
Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sul trattamento della prestazione assicurativa e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità e con le modalità ivi richiamate.	
_____	_____
Luogo	Data
_____	
firma del Beneficiario	