

Da inviarsi a mezzo raccomandata a:
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via Imperia, 35 E 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.

Il sottoscritto BENEFICIARIO	
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 ___/___/_____	
richiede il pagamento della quota di capitale a lui spettante	
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)** compilato e sottoscritto in ogni suo punto (di seguito Allegato 1)
- **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 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:

- Elenco di tutti gli eredi del De Cuius con indicazione delle generalità complete, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi;
 - eventuale stato di gravidanza della vedova;
- **Copia autentica del provvedimento del Giudice Tutelare** (con il quale si autorizza l'interessato 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

Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale (normativa FATCA-CRS/AEol)	
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 oppure a liquidazioni.ca-vita@legalmail.it

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	
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

AVVERTENZA: Per poter dar seguito alla liquidazione richiesta, è necessario che ci pervenga il presente modulo di "Attestazione di identificazione del beneficiario", debitamente compilato e firmato, insieme alla copia di un documento di identità valido.

ATTESTAZIONE DI IDENTIFICAZIONE DEL SINGOLO BENEFICIARIO
(Regolamento IVASS n.5 del 21 Luglio 2014)

Polizza/e n. _____ Contraente _____

Sezione a cura dell'Intermediario Finanziario presso cui è intrattenuto il rapporto continuativo ed in relazione al quale il beneficiario o il suo esecutore, se presente, è stato identificato di persona.

Dati identificativi del Beneficiario – Persona Fisica

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____
Documento (specificare) _____ N° _____ Data rilascio _____ Scadenza _____
Ente di rilascio _____ Luogo _____
Residenza: indirizzo _____ N° civico _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Domicilio (solo se diverso da residenza): indirizzo _____ N° civico _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Dati identificativi dell'Esecutore (*) per conto del Beneficiario – Persona Fisica

Delegato Tutore

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
Località di nascita (o Stato estero) _____ Prov. _____ Data di nascita _____
Documento (specificare) _____ N° _____ Data rilascio _____ Scadenza _____
Ente di rilascio _____ Luogo _____
Residenza: indirizzo _____ N° civico _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Stato _____
Domicilio (solo se diverso da residenza): indirizzo _____ N° civico _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Attesto che il beneficiario, alla data odierna, è titolare presso questa filiale di un rapporto continuativo in relazione al quale è stato identificato di persona o mediante identificazione, di persona, dell'esecutore indicato.

BANCA/INTERMEDIARIO FINANZIARIO

Filiale di

Luogo e data _____ L'incaricato (timbro e firma) _____

Nota: La presente dichiarazione potrà essere sostituita da modulistica analoga in uso presso l'Intermediario Finanziario.

(*) Allegare documentazione che attesta i poteri del soggetto (Delega/Procura – Provvedimento Giudice Tutelare).

- Allegare obbligatoriamente copia fronte/retro del documento d'identità del beneficiario e dell'esecutore per conto del beneficiario i cui estremi sono riportati nel presente modulo o nell'atto pubblico.

Sezione a cura del Beneficiario o Esecutore per conto del Beneficiario

Dati aggiuntivi richiesti ai sensi del Regolamento IVASS n.5 del 21 Luglio 2014

Polizza/e n. _____ Contraente _____

Dati aggiuntivi del Beneficiario

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Persona Politicamente Esposta SI NORapporto fra il contraente e il beneficiario: Rapporto di parentela Altro (specificare) _____

Paese di destinazione delle somme _____

Dati aggiuntivi dell'Esecutore (*) per conto del Beneficiario

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Persona Politicamente Esposta SI NORapporto fra il esecutore e il beneficiario: Rapporto di parentela Altro (specificare) _____

(*) Documentazione raccolta che attesta i poteri del soggetto che agisce in nome e per conto del beneficiario (da allegare):

 Procura/Delega Provvedimento giudice tutelare

In ottemperanza al provvedimento IVASS recante disposizioni attuative in materia di adeguata verifica della clientela ai sensi dell'articolo 7 comma 2 del D.lgs, con specifico riferimento all'operazione posta in essere, io sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede. Confermo che la presente operazione è effettuata per mio conto o, in caso di soggetto esecutore per conto del beneficiario, per conto del beneficiario sopra indicato.

Il sottoscritto, dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.lgs 231 del 21 novembre 2007 parte integrante del presente questionario, di aver fornito nel presente modulo tutte le informazioni necessarie ed aggiornate di cui è a conoscenza, e a garantire che le stesse sono esatte e veritiere.

Luogo e data _____

Firma leggibile del Beneficiario o dell'Esecutore

Informativa sugli obblighi di cui al D.lgs n.231 del 21 novembre 2007 (Antiriciclaggio e Contrasto al Finanziamento del Terrorismo)

Gentile beneficiario, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge (D.lgs 231/2007 e Regolamento IVASS n.5/2014) in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo. Ricordiamo che il D.lgs 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste in particolare ai fini dell'identificazione del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo, prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni. Il conferimento dei dati è quindi obbligatorio ai sensi dell'art. 8 del Regolamento IVASS n.5/2014 al fine di consentire il rispetto dei citati obblighi ed il rifiuto di fornire le informazioni non ci permetterà di dar corso all'operazione richiesta. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo dal personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità di Vigilanza e Controllo, come per Legge. I diritti di accesso ai dati personali sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D.lgs 196/2003, rivolgendosi all'Area Corporate Governance, Legale e Reclami della Società presso la Sede Amministrativa di via Imperia n. 35, 20142 Milano (Italia), telefono 02721713238 - fax 02721713218, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.