

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.

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)** 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

Legale rappresentante (da compilare solo in caso di persona giuridica)			
Cognome e Nome /Denominazione sociale	Nato a	il	

Codice Fiscale Partita IVA			

Indirizzo		Comune /Provincia/CAP	
_____		_____	
Tipo documento di riconoscimento	Numero	Autorità di rilascio	Data e luogo di rilascio
_____	_____	_____	_____
Dichiaro che i dati relativi al Soggetto per conto del quale l'operazione è stata eseguita sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità			
Firma _____		Data _____	

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

