

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

### RICHIESTA DI RISCATTO PARZIALE

**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 del riscatto ed è utilizzabile a discrezione del Contraente.
- La richiesta di pagamento, ove effettuata con il presente modulo, deve essere compilata e sottoscritta dal Contraente della Polizza.

Il sottoscritto Contraente	
Nome e Cognome	_____
Codice Fiscale	_____
Indirizzo Residenza	_____ C.A.P. _____
Comune	_____ Prov. _____
Recapito Telefonico	_____ e-mail _____
Documento d'identità	_____ n. _____
Rilasciato da	_____ in data __/__/_____

#### Richiede il riscatto parziale

della polizza numero \_\_\_\_\_ Importo\* € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ \*indicare l'importo lordo che si intende riscattare  
Per i soli prodotti unit linked indicare il numero di quote che si intende riscattare: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e non l'importo

Vogliate effettuare il pagamento della somma dovuta con le seguenti modalità:

- tramite bonifico sul conto corrente: IBAN \_\_\_\_\_ a me intestato/cointestato
- tramite assegno circolare a me intestato da inviare tramite raccomandata al mio indirizzo di residenza

A tal fine si allega la seguente documentazione:

- 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).

**Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale (normativa FATCA-CRS/AEoI)**

Residenza ai fini fiscali 1	Codice fiscale	
_____	_____	
Residenza ai fini fiscali 2	Codice fiscale	
_____	_____	
Residenza fiscale negli Stati Uniti	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paese di residenza fiscale _____

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

\_\_\_\_\_  
firma del Contraente

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

N.B. La richiesta di riscatto 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)

**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