

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).

| 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/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

N.B. La richiesta di riscatto 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 |