

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)** compilato e sottoscritto in ogni suo punto (Allegato1, 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

Allegato 1

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 Giuridica

Denominazione Completa _____ Data e Luogo Costituzione _____
 N° Registrazione _____ Ente Registrazione _____
 Codice Fiscale _____ P.IVA _____
 Sede Legale _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____ Stato _____
 Paese Sede Legale della Capogruppo _____
 Sede Operativa (se diversa dalla sede legale) civico _____
 Comune _____ Prov. _____ Stato _____

Tipo Ente: S.p.A. Persona Giuridica (eccetto S.p.A.) /Ditta Individuale Trust/Strutture analoghe Enti religiosi
 No Profit/Strutture analoghe (indicare la categoria dei soggetti che beneficiano dell'attività) _____
 Altro (specificare) _____

***** **Dati**

identificativi dell'Esecutore per conto del Beneficiario – Persona Giuridica

Legale Rappresentante Delegato Procuratore

Documentazione che attesta i poteri del soggetto che agisce in nome e per conto del beneficiario:

Procura/Delega Delibera assemblea/C.D.A. Statuto Visura Camerale

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** _____

Si riportano di seguito i dati del TITOLARE EFFETTIVO del Beneficiario

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO

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** _____
Persona Politicamente Esposta **Si** **No**

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO

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** _____
Persona Politicamente Esposta **Si** **No**

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO

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** _____
Persona Politicamente Esposta **Si** **No**

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO

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** _____
Persona Politicamente Esposta **Si** **No**

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 obbligatoriamente copia fronte/retro del documento di identità del beneficiario e dell'esecutore per conto del beneficiario i cui estremi sono riportati nel presente modulo o nell'atto pubblico.
- Allegare obbligatoriamente la documentazione comprovante il potere di rappresentanza.

Sezione a cura dell'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

Denominazione completa _____ C.F./P.IVA _____

Rapporto 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 NO

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 criminose 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.