

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

RICHIESTA DI RISCATTO TOTALE

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 totale

della/e polizza/e numero _____/_____/_____/_____/_____

Vogliate effettuare il pagamento della somma dovuta con le seguenti modalità:	
<input type="checkbox"/>	tramite bonifico sul conto corrente: IBAN _____ a me intestato/cointestato
<input type="checkbox"/>	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

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 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	