Spett.le
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.
Via Imperia,35 20142 Milano (MI)
Ufficio Liquidazioni

OGGETTO: richiesta liquidazione sinistro per decesso dell'Assicurato
Polizza ______________________ **Contratto n°** ___________________
Assicurato ____

Il/i sottoscritto/i Beneficiario/i del contratto in oggetto:

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

CHIEDE/CHIEDONO

la liquidazione di quanto in oggetto e a tal fine allega/allegano la seguente documentazione:

1. Certificato di morte dell'assicurato.
2. Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale**
3. 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;

4. Se tra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci: originale del decreto del giudice tutelare che autorizzi l'esercente la potestà parentale, o il tutore/legale rappresentante, alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche il/i numero/i di polizza e le modalità per il reimpiego di tale somma.
5. Scheda di rilevazione dei pagamenti.
6. Modulo CRS – Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale
7. Modulo per l'identificazione e l'Adeguata Verifica della Clientela.

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta in una delle due seguenti modalità:

Beneficiario: ______________________________

☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Banca ____

☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

via/piazza ____ n° _________

C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

Cod IBAN I__I__I__I__ _I__I__I__I__I__I__I__I__I

Banca ____

☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

via/piazza ____ n° _________

C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Banca ____

☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

via/piazza ____ n° _________

C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Luogo: _______________ , data: _______________

FIRMA DEL/I DICHIARANTE

____

____

____

Spett.le
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.
Via Imperia,35 20142 Milano (MI)
Ufficio Liquidazioni

OGGETTO: richiesta liquidazione sinistro per decesso dell'Assicurato
Polizza ______________________ **Contratto n°** ___________________
Assicurato ____

Il/i sottoscritto/i Beneficiario/i del contratto in oggetto:

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

___________________________________ Codice Fiscale _________________________

CHIEDE/CHIEDONO

la liquidazione di quanto in oggetto e a tal fine allega/allegano la seguente documentazione:

1. Certificato di morte dell'assicurato.
2. Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale**
3. 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;

4. Se tra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci: originale del decreto del giudice tutelare che autorizzi l'esercente la potestà parentale, o il tutore/legale rappresentante, alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche il/i numero/i di polizza e le modalità per il reimpiego di tale somma.
5. Scheda di rilevazione dei pagamenti.
6. Modulo CRS – Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale
7. Modulo per l'identificazione e l'Adeguata Verifica della Clientela.

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta in una delle due seguenti modalità:

Beneficiario: ______________________________

☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Banca ____

☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

via/piazza ____ n° _________

C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

- ☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato
  Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
  Banca ____

- ☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

  via/piazza ____ n° _________
  C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

- ☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato
  Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
  Banca ____

- ☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

  via/piazza ____ n° _________
  C.A.P. ________ Città _______________________________________ Prov. _____

Luogo: ________________ , data: ________________

FIRMA DEL/I DICHIARANTE

____

____

____

Spett.le
CREDIT AGRICOLE VITA S.P.A.
Via Imperia,35 20142 Milano (MI)
Ufficio Liquidazioni

OGGETTO: richiesta liquidazione sinistro per decesso dell'Assicurato
Polizza ______________________ Contratto n° ____________________
Assicurato ____

Il/i sottoscritto/i Beneficiario/i del contratto in oggetto:

____________________________________ Codice Fiscale __________________________

____________________________________ Codice Fiscale __________________________

____________________________________ Codice Fiscale __________________________

CHIEDE/CHIEDONO

la liquidazione di quanto in oggetto e a tal fine allega/allegano la seguente documentazione:

1. Certificato di morte dell'assicurato.
2. Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale**
3. 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;

4. Se tra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci: originale del decreto del giudice tutelare che autorizzi l'esercente la potestà parentale, o il tutore/legale rappresentante, alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche il/i numero/i di polizza e le modalità per il reimpiego di tale somma.
5. Scheda di rilevazione dei pagamenti.
6. Modulo CRS – Autocertificazione della residenza fiscale e del codice fiscale
7. Modulo per l'identificazione e l'Adeguata Verifica della Clientela.

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta in una delle due seguenti modalità:

Beneficiario: ______________________________

☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato
Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Banca ____

☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

via/piazza ____ n° _________
C.A.P. ________ Città ______________________________________ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

- ☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

  Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

  Banca ____

- ☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

  via/piazza ____ n° _________
  C.A.P. _________ Città ____ Prov. _____

Beneficiario: ______________________________

- ☐ tramite bonifico su conto corrente bancario a me intestato/cointestato

  Cod IBAN I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

  Banca ____

- ☐ tramite assegno circolare a me intestato non trasferibile da inviare tramite assicurata al mio domicilio,

  via/piazza ____ n° _________
  C.A.P. _________ Città ____ Prov. _____

Luogo: _______________ , data: _______________

FIRMA DEL/I DICHIARANTE

____

____

____

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI PAGAMENTI

(Da compilare, sottoscrivere ed inviare con urgenza al fax nr. 02/00640375)

CONTRATTO N. Data operazione _____

Filiale _____

Importo dei singoli titoli dell'operazione e modalità di pagamento

Importo € _____ Barrare casella pagamento prescelto:

☐ Assegno circolare

☐ Bonifico *(IBAN)*_____

(se bonifico indicare IBAN del conto di accredito intestato/cointestato al beneficiario)

Dati del beneficiario dell'operazione (persona fisica o 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
_____	_____	_____	_____

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 ☐ No ☐ Paese di residenza fiscale _____

DATA COMPILAZIONE _____ FIRMA

_____