

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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto parziale su polizza _____

Contratto n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di Contraente della polizza in oggetto

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la liquidazione di EUR _____ .

Allega pertanto la seguente documentazione:

- Fotocopia di un regolare documento d'identità.
- Scheda di rilevazione dei pagamenti.
- Modulo di conferma status FATCA
- Modulo CRS
- Modulo di Adeguata Verifica

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta

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

Cod IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca _____

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

via/piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Distinti saluti

Luogo: _____ , data: _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto parziale su polizza _____

Contratto n. _____

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di Contraente della polizza in oggetto

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la liquidazione di EUR _____ .

Allega pertanto la seguente documentazione:

- Fotocopia di un regolare documento d'identità.
- Scheda di rilevazione dei pagamenti.
- Modulo di conferma status FATCA
- Modulo CRS
- Modulo di Adeguata Verifica

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta

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

Cod IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Banca _____

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

via/piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Distinti saluti

Luogo: _____ , data: _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto parziale su polizza _____

Contratto n. _____

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di Contraente della polizza in oggetto

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la liquidazione di EUR _____ .

Allega pertanto la seguente documentazione:

- Fotocopia di un regolare documento d'identità.
- Scheda di rilevazione dei pagamenti.
- Modulo di conferma status FATCA
- Modulo CRS
- Modulo di Adeguata Verifica

Vogliate provvedere a liquidare la somma dovuta

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

Cod IBAN | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Banca _____

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

via/piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Distinti saluti

Luogo: _____ , data: _____

FIRMA DEL CONTRAENTE

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI PAGAMENTI
(Da compilare, sottoscrivere ed inviare con urgenza al fax nr. 02/721713213)

CONTRATTO N. _____

Data operazione _____

Filiale _____

Importo dei singoli titoli dell'operazione e modalità di pagamento	
Importo € _____	Barrare casella pagamento prescelto:
	<input type="checkbox"/> Assegno circolare
	<input type="checkbox"/> Bonifico (IBAN) _____
<i>(se bonifico indicare IBAN del conto di accredito intestato/cointestato al beneficiario)</i>	

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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Paese di residenza fiscale _____

DATA COMPILAZIONE _____

FIRMA _____
