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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto totale su polizza ___________________________

Contratto n. ___________________________

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

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la liquidazione totale della polizza.

A tal fine allega 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 alla liquidazione della somma dovuta nelle seguenti modalità:

☐ 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 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

____

COPIA PER IL CONTRAENTE

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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto totale su polizza ___________________________

Contratto n. ___________________________

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

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, la liquidazione totale della polizza.

A tal fine allega 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 alla liquidazione della somma dovuta nelle seguenti modalità:

☐ 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 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

____

COPIA PER L'INTERMEDIARIO

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

OGGETTO: Richiesta di liquidazione per riscatto totale su polizza ___________________________

Contratto n. ___________________________

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

CHIEDE

Come previsto dalle Condizioni Contrattuali, art. 9, la liquidazione totale della polizza.

A tal fine allega 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 alla liquidazione della somma dovuta nelle seguenti modalità:

☐ 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 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

____

COPIA PER CREDIT AGRICOLE VITA

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:

☐ 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

_____