

Richiesta N:

## RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE POLIZZA VITA INDIVIDUALE

(Modulo di cortesia, non obbligatorio, destinato esclusivamente alla facilitazione della richiesta, disponibile presso gli intermediari e sul sito internet)

**Polizza Vita N°:** ..... **Tariffa:** ..... **ex Compagnia:**  Abeille  AXA  Allsecures  UAP

**Agenzia:** ..... **Codice Agenzia:** .....

Richiesta per:  SCADENZA (n. beneficiari .....)  
 SINISTRO (n. beneficiari .....)  
 RISCATTO TOTALE  
 RISCATTO PARZIALE NETTO DI € .....  
 PRESTITO NETTO DI € ..... *Per la concessione del prestito è necessario che tutti i premi scaduti siano stati incassati*

REINVESTIMENTO  Totale  Parziale

### DATI DEL CONTRAENTE (Persona fisica)

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Professione		Tipo Documento		N°	
Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)			
Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Reddito ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 50.000€ <input type="checkbox"/> Tra 50.001€ e 100.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 100.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO				e-mail			

### DATI DEL CONTRAENTE (Persona giuridica)

Società/Ente		Partita IVA		Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza		Comune di residenza			Provincia		C.A.P.
Nazione		Nazione sede legale (per società di diritto estero)		Fatturato ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 500.000€ <input type="checkbox"/> Tra 500.001€ e 1.000.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO				e-mail			

### DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione	
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente	
				Luogo Emissione (Prov.)			

### DATI DELL'ESECUTORE/RICHIEDENTE: Tutore Legale Curatore Firmatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione	
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente	
				Luogo Emissione (Prov.)			



**Polizza Vita N°:** ..... **ex Compagnia:**  Abeille  AXA  Allsecures  UAP **Richiesta N°:** .....

**DATI DEL BENEFICIARIO (Persona fisica)**

Cognome		Nome			Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia			
Indirizzo di residenza			Comune di residenza			Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione		
Tipo Documento		N°	Rilasciato il	Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)		
Settore		SAE		RAE				
ATECO								

Il richiedente chiede che l'importo venga pagato con  PNA(reinvestimento),  Assegno o con  Bonifico Bancario sul C/C

intestato a: .....

Codice IBAN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Il Richiedente dichiara di essere consapevole e d'accordo che dalla data della presente, la copertura assicurativa deve intendersi cessata definitivamente per la sola richiesta di riscatto totale e rimarrà in vigore sulla disponibilità residua, in caso di richiesta di riscatto parziale.**

In caso di REINVESTIMENTO: Il sottoscritto Contraente/Rappresentante legale sceglie di reinvestire nel prodotto indicato il valore di riscatto della polizza suddetta e dichiara di aver ricevuto l'allegato di confronto e l'informativa precontrattuale del prodotto di destinazione.

Data richiesta
Data ricevimento Documentazione
Firma dell'Incaricato
Firma del Richiedente

(\*) In caso di minori la richiesta va avanzata dal Tutore allegando il documento di autorizzazione del Giudice Tutelare

**ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA AI FINI DELLA TRASPARENZA FISCALE FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e CRS (Common Reporting Standard) PER LE PERSONE FISICHE (Beneficiario)**

Dal 1° luglio 2014 è in vigore la normativa FATCA (*Foreign Account Tax Compliance Act*), finalizzata a contrastare l'evasione fiscale perpetrata da contribuenti statunitensi attraverso investimenti in conti finanziari detenuti presso istituzioni finanziarie non statunitensi. Dal 1° gennaio 2016 inoltre, ai fini della normativa CRS (*Common Reporting Standard*) sono attivi gli obblighi di acquisizione delle informazioni con riferimento ai soggetti fiscalmente residenti in Paesi diversi dall'Italia e dagli Stati Uniti.

Per adempiere agli obblighi previsti dalle disposizioni FATCA e CRS, le società del Gruppo AXA, che si qualificano come istituzioni finanziarie, sono tenute ad acquisire, monitorare ed aggiornare i dati identificativi dei propri clienti, con l'obiettivo di determinarne l'effettivo status di contribuenti esteri, con obbligo di segnalare all'autorità fiscale locale i dati anagrafici e patrimoniali di clienti considerati "oggetto di comunicazione".

Su queste premesse, Le chiediamo di rispondere alle domande del questionario sotto riportato, allegando la documentazione eventualmente richiesta. Precisiamo che l'assenza del questionario o, laddove necessarie, di prove documentali, l'incorretta e/o incompleta compilazione del questionario ovvero l'impossibilità di accertare il Suo status di contribuente estero, comporterà l'obbligo per le società del Gruppo AXA di non finalizzare l'operazione in oggetto.

**Sezione FATCA**

**INDICAZIONE DELLO STATUS DI CITTADINO O RESIDENTE USA DEL BENEFICIARIO (da compilare anche in presenza di esecutore)**

E' cittadino o residente USA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
Il suo luogo di nascita è negli USA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
Codice TIN (solo in caso di risposta affermativa anche solo ad una delle due domande sopra riportate e nel caso in cui non venga supportata con documentazione adeguata la prova della rinuncia alla cittadinanza)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>												

**DA COMPILARE A CURA DEI SOLI BENEFICIARI NON RESIDENTI E NON CITTADINI USA (da compilare anche in presenza di esecutore)**

Ha un indirizzo di residenza, un indirizzo postale, una casella postale un indirizzo "c/o" statunitensi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha un numero di telefono statunitense (sia quale unico numero di telefono fornito sia in aggiunta ad altri numeri di telefono non statunitensi)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI ESECUTORE DIVERSO DAL BENEFICIARIO**

L'Esecutore ha un indirizzo statunitense?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---



## Sezione CRS

### INDICAZIONE DELLO STATUS DI SOGGETTO FISCALMENTE RESIDENTE IN PAESI ESTERI

**È fiscalmente residente in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti ?**

*(Le residenze fiscali in Repubblica di San Marino e Città del Vaticano sono da considerarsi diverse da Italia)*

SI  NO

Se sì, si indichi quali e si fornisca per ciascuno il codice fiscale estero (se rilasciato dal Paese di residenza fiscale)

Paese di residenza fiscale 1	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN
Paese di residenza fiscale 2	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN
Paese di residenza fiscale 3	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN
Paese di residenza fiscale 4	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN
Paese di residenza fiscale 5	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN

Con la sottoscrizione del presente questionario, il Beneficiario/Esecutore dichiara di aver verificato l'esattezza, la completezza e la veridicità delle dichiarazioni in esso riportate e si obbliga, inoltre, a comunicare entro 30 giorni eventuali cambiamenti di circostanza all'Agente o alla Compagnia delle informazioni fornite attraverso la compilazione del presente questionario.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Beneficiario/Esecutore

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Fotocopia di un Documento di identità valido del Contraente (o Beneficiario/i se scadenza o sinistro)
- Copia del codice fiscale del Contraente (o Beneficiario/i se scadenza o sinistro)

Nel caso in cui il Contraente (o Beneficiario se scadenza o sinistro) sia persona giuridica

- Fotocopia di un documento di identità valido del Legale Rappresentante
- Fotocopia del codice fiscale del Legale Rappresentante
- Fotocopia Visura Camerale Società aggiornata
  
- Fotocopia di un Documento di identità valido dell'Esecutore
- Copia del codice fiscale dell'Esecutore
  
- Modello di adeguata verifica della clientela ai fini FATCA (ove previsto)
- Modello di adeguata verifica della clientela ai fini antiriciclaggio

## ULTERIORI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI SINISTRO – DECESSO ASSICURATO

- Certificato di morte
- Copia legalizzata dell'eventuale testamento conosciuto valido e non impugnato
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (o dichiarazione sostitutiva - No autocertificazione art. 21/47 DPR 28/12/2000 n° 445) attestante che il decesso è avvenuto senza disposizioni testamentarie, completa dei dati anagrafici e della capacità giuridica di tutti gli eredi legittimi qualora indicati come Beneficiari
- Decreto del giudice tutelare in cui viene designata la persona atta a riscuotere l'importo a loro spettante per i Beneficiari minori o interdetti

### PER PRODOTTI CON GARANZIA CASO MORTE:

- Relazione del medico curante sulle cause del decesso o in alternativa altra documentazione attestante le cause del decesso
- Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumono le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, incidente stradale, suicidio, omicidio)

**La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quella indicata nella presente, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**

**Avvertenza: le richieste di pagamento incomplete o il mancato rilascio di autorizzazioni comportano tempi di liquidazione più lunghi.**

## ULTERIORI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI SINISTRO - MALATTIA GRAVE

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.

**La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quella indicata nella presente, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.**

## ULTERIORI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI SINISTRO - PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

- Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.
- Nel caso la perdita di autosufficienza fosse dovuta a demenza, è richiesto il risultato del Mini Mental State Examination effettuato da un neurologo o da uno psichiatra.

**La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quella indicata nella presente.**