

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.)			

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia  
 Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 Interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. e P. I.V.A. n. 00902170018 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)





**SEZIONE A) Persona Giuridica, di tipo non finanziario ai fini FATCA, con Paese di Costituzione o indirizzo non US (Non Financial Foreign Entity - NFFE)**

(Per le definizioni si veda Allegato A)

(ad esempio: Società industriale, società commerciale, società di servizi,...)

(Barrare una sola delle sezioni sotto indicate)

<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di soddisfare almeno uno dei requisiti di seguito indicati e dunque di essere, ai fini FATCA, una ACTIVE NFFE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il reddito lordo della società, relativo all'esercizio precedente, deriva in prevalenza (maggiore del 50%) dalla gestione non finanziaria</li> <li>• è un ENTE NO PROFIT</li> <li>• è una start-up (fino a 24 mesi dalla costituzione)</li> <li>• è un'istituzione finanziaria in liquidazione/ ristrutturazione</li> <li>• è quotata o controllata da una società quotata in un mercato regolamentato</li> <li>• è una società che svolge attività di tesoreria all'interno di un Gruppo non finanziario</li> <li>• è una NFFE organizzata in territorio degli USA e tutti i proprietari sono effettivamente residenti in tali territori</li> <li>• è un governo non statunitense, un governo di un Territorio degli Stati Uniti, un'organizzazione internazionale (es. ONU), una banca centrale non statunitense (es.: BCE, Bdl), o un'entità interamente controllata da esse</li> <li>• Holding appartenente a un Gruppo non finanziario</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di non soddisfare i requisiti di cui sopra e dunque di essere, ai fini FATCA, una PASSIVE NFFE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Senza titolari effettivi</li> <li><input type="checkbox"/> Con titolari effettivi                      N. Titolari effettivi .....</li> </ul> <p><u>Per ciascun titolare effettivo è necessario compilare e sottoscrivere il questionario FATCA – Titolari Effettivi</u></p>
<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di qualificarsi come Active Direct Reporting NFFE o Active Sponsored Direct Reporting NFFE</b> <p style="text-align: right;">Indicare Codice GIIN                      <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

**SEZIONE B) Istituzione Finanziaria ai fini FATCA (Financial Institution)**

(Per le definizioni si veda Allegato B)

(ad esempio: Banca, Compagnia di assicurazione vita oppure vita e danni, SIM, SGR, Organismo di investimento collettivo del risparmio, società fiduciaria,...)

Compilare la sezione B.1 oppure la sezione B.2

**B.1 Istituzione finanziaria fiscalmente residente in Italia**

(Barrare e compilare una sola delle opzioni sotto indicate)

<input type="checkbox"/> <b>Reporting Italian Financial Institution / Non Reporting Italian Financial Institution – Registered Deemed Compliant Italian Financial Institution</b> <p style="text-align: right;">Indicare Codice GIIN                      <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<input type="checkbox"/> <b>Non Reporting Italian Financial Institution – Certified Deemed Compliant Italian Financial Institution / Exempt Italian Beneficial Owner</b>

**B.2 Istituzione finanziaria fiscalmente residente all'estero**

(Barrare e compilare una sola delle opzioni sotto indicate)

<input type="checkbox"/> <b>Participating Foreign Financial Institution/ Deemed Compliant Foreign Financial Institution – Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution/ Sponsoring entity / Territory Financial Institution</b> <p style="text-align: right;">Indicare Codice GIIN                      <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<input type="checkbox"/> <b>Deemed Compliant Foreign Financial Institution – Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution/ Sponsored FFI</b>
<input type="checkbox"/> <b>Exempt Foreign Beneficial Owners</b>
<input type="checkbox"/> <b>Non Participating Foreign Financial Institution (NPFFI)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Limited FFI / Limited branch</b>



**SEZIONE C) US PERSON**

(Per le definizioni si veda Allegato C)

(Barrare e compilare una sola delle opzioni sotto indicate)

Il cliente dichiara di appartenere ad una delle categorie di seguito indicate, e dunque di essere, ai fini FATCA, una "Non Specified US person"  
(per il dettaglio si veda Allegato C. sez. 2)

- Società di capitali statunitense quotata su un mercato regolamentato
- Organizzazione esente da imposizione o piano pensionistico individuale
- Intermediario Finanziario statunitense
- Trust
- Regulated Investment Company (del tipo SICAV) USA
- Stati Uniti e relativi possedimenti, agenzie o organizzazioni governative collegate con gli Stati Uniti
- Membro dello stesso Expanded Affiliated Group (EAG) di una società di capitali USA quotata su un mercato regolamentato
- Brokers/Dealers in titoli, merci o strumenti derivati

Il cliente dichiara di NON appartenere ad alcuna delle categorie di cui sopra, e dunque di essere, ai fini FATCA, una "Specified US person" e pertanto fiscalmente residente negli Stati Uniti

Indicare Codice TIN

-   -

**Sezione CRS**

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

**E' 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 in 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

Se la società nella sezione FATCA ha dichiarato di essere:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persona Giuridica di tipo non finanziario (Non Financial Foreign Entity - NFFE)</b> Compilare la sezione 1 della sezione CRS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Istituzione Finanziaria (Financial Institution)</b> Compilare la sezione 2 della sezione CRS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>US Person</b> Compilare la sezione 3 della sezione CRS</li> </ul>



### Sezione 1) Persona Giuridica di tipo non finanziario ai fini CRS (Non Financial Entity - NFE)

- compilare dai soggetti che nella sezione A) FATCA hanno dichiarato di essere Persona giuridica di tipo non finanziario con Paese di costituzione o indirizzo non US (Non Financial Foreign Entity – NFFE)

(ad esempio: Società industriale, società commerciale, società di servizi, ..)

(Barrare e compilare una sola delle sezioni sotto indicate)

Il Cliente dichiara di soddisfare almeno uno dei requisiti di seguito indicati e dunque di essere, ai fini CRS, una **ACTIVE NFE oggetto di comunicazione**

- Il reddito lordo, relativo all'esercizio precedente, deriva in prevalenza (maggiore del 50%) dalla gestione non finanziaria
- è una start-up (fino a 24 mesi dalla costituzione)
- non è stata un'istituzione finanziaria negli ultimi cinque anni ed è in liquidazione/ ristrutturazione
- è un ENTE NO PROFIT

Il Cliente dichiara di soddisfare almeno uno dei requisiti di seguito indicati e dunque di essere, ai fini CRS, una **ACTIVE NFE non oggetto di comunicazione**

- società di capitali i cui titoli sono regolarmente scambiati su uno o più mercati dei valori mobiliari regolamentati;
- società di capitali che è un'Entità Collegata di una società di capitali di cui al punto precedente;
- Entità Statale;
- Organizzazione Internazionale;
- Banca Centrale

Il Cliente dichiara di non soddisfare i requisiti di cui sopra e dunque di essere, ai fini CRS, una **PASSIVE NFE**

Senza titolari effettivi

Con titolari effettivi N. Titolari effettivi .....

Per ciascun titolare effettivo è necessario compilare e sottoscrivere il questionario FATCA/CRS – Titolari Effettivi

### Sezione 2) Istituzione Finanziaria (Financial Institution)

- compilare dai soggetti che nella sezione B) FATCA hanno dichiarato di essere una Istituzione Finanziaria (Financial Institution)

(ad esempio: Banca, Compagnia di assicurazione vita oppure vita e danni, SIM, SGR, società fiduciaria, Organismo di investimento collettivo del risparmio, fondo di investimento, SICAV, ...)

(Barrare e compilare una sola delle sezioni sotto indicate)

Il Cliente dichiara di essere un'entità di investimento

(ad esempio di essere: Organismo di investimento collettivo del risparmio, fondo di investimento, SICAV, ...)

Con residenza fiscale in un Paese aderente al CRS (per la lista dei Paesi aderenti si veda Allegato D)

Con residenza fiscale in un Paese **NON** aderente al CRS e dunque di essere, ai fini CRS, una **PASSIVE NFE**

Senza titolari effettivi

Con titolari effettivi N. Titolari effettivi .....

Per ciascun titolare effettivo è necessario compilare e sottoscrivere il questionario FATCA/CRS – Titolari Effettivi

Il Cliente dichiara di essere un'istituzione finanziaria **diversa** da un'entità di investimento

(ad esempio di essere: Banca, Compagnia di assicurazione vita oppure vita e danni, SIM, SGR, società fiduciaria, ...)



**Sezione 3) US Person**

– compilare dai soggetti che nella sezione C) FATCA hanno dichiarato di essere US Person

<p><b>Il Cliente è una Entità non finanziaria ?</b> (ad esempio: Società industriale, società commerciale, società di servizi,...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se <b>SI</b> compilare la sezione 3.A</li> <li>• Se <b>NO</b> compilare la sezione 3.B</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

**3.A la società è una Entità non finanziaria**

(Barrare e compilare una sola delle sottosezioni sotto indicate)

<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di soddisfare almeno uno dei requisiti di seguito indicati e dunque di essere, ai fini CRS, una <u>ACTIVE NFE oggetto di comunicazione</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il reddito lordo, relativo all'esercizio precedente, deriva in prevalenza (maggiore del 50%) dalla gestione non finanziaria</li> <li>• è una start-up (fino a 24 mesi dalla costituzione)</li> <li>• non è stata un'istituzione finanziaria negli ultimi cinque anni ed è in liquidazione/ ristrutturazione</li> <li>• è un ENTE NO PROFIT</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di soddisfare almeno uno dei requisiti di seguito indicati e dunque di essere, ai fini CRS, una <u>ACTIVE NFE non oggetto di comunicazione</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• società di capitali i cui titoli sono regolarmente scambiati su uno o più mercati dei valori mobiliari regolamentati;</li> <li>• società di capitali che è un'Entità Collegata di una società di capitali di cui al punto precedente;</li> <li>• Entità Statale;</li> <li>• Organizzazione Internazionale;</li> <li>• Banca Centrale</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di non soddisfare i requisiti di cui sopra e dunque di essere, ai fini CRS, una <u>PASSIVE NFE</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Senza titolari effettivi</li> <li><input type="checkbox"/> Con titolari effettivi                      N. Titolari effettivi .....</li> </ul> <p><u>Per ciascun titolare effettivo è necessario compilare e sottoscrivere il questionario FATCA/CRS – Titolari Effettivi</u></p>

**3.B la società non è una Entità non finanziaria**

(Barrare e compilare una sola delle sottosezioni sotto indicate)

<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di essere un'entità di investimento e dunque di essere, ai fini CRS, una <u>PASSIVE NFE</u></b> (ad esempio di essere: Organismo di investimento collettivo del risparmio, fondo di investimento, SICAV, ...)
<input type="checkbox"/> Senza titolari effettivi
<input type="checkbox"/> Con titolari effettivi                      N. Titolari effettivi .....
<u>Per ciascun titolare effettivo è necessario compilare e sottoscrivere il questionario FATCA/CRS – Titolari Effettivi</u>
<input type="checkbox"/> <b>Il Cliente dichiara di essere un'istituzione finanziaria <u>diversa</u> da un'entità di investimento</b> (ad esempio di essere: Banca, Compagnia di assicurazione vita oppure vita e danni, SIM, SGR, società fiduciaria, ...)

Con la sottoscrizione del presente questionario, il sottoscritto 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 Rappresentante Legale /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.**