

INTERMEDIARIO _____ COD. INTERMEDIARIO | | | | |

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE RISCATTO TOTALE/PARZIALE

POLIZZA VITA N. _____ PROPOSTA N. _____

EFFETTO _____ ULTIMA RATA PAGATA _____

LA DOCUMENTAZIONE COMPLETA CONSENTIRÀ DI EROGARE UN MIGLIOR SERVIZIO, IN TERMINI DI RAPIDITÀ DELLA PRATICA DI LIQUIDAZIONE

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto della sottoscrizione il cliente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione alla Compagnia, comprensiva del domicilio laddove trasferito all'estero.

Dati identificativi del Contraente del rapporto continuativo

Cognome e Nome / Denominazione sociale _____

Codice Fiscale / P. IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Società quotata SI NO

Prof/Attività Prevalente (Persone Fisiche) _____ - Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. TAE _____

Attività Economica (Persone Giuridiche) / Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. ATECO _____

In caso di Ente No Profit/Onlus, qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente? _____

N° Iscrizione Registro delle Imprese/REA _____

Luogo e data di nascita / Costituzione _____ (____) ____ / ____ / ____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza / Sede legale _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di corrispondenza (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

INDIRIZZO E-MAIL _____ RECAPITO TELEFONICO _____

PEP SI NO

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informativa" disponibile sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

Dati identificativi del Legale rappresentante (solo se Contraente persona giuridica)

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione / Attività Prevalente _____

Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice RAE _____ - Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) ____ / ____ / ____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

PEP SI NO

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informativa" disponibile sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

DATI DELL'ASSICURATO

(SOLO SE L'ASSICURATO E' PERSONA DIVERSA DAL CONTRAENTE)

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente per certificazione di esistenza in vita)

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Contraente dichiara:

1. di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia;
e/o

2. di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazioni negli USA;

SI NO

IN CASO DI RISPOSTA "SI", sia per Contraente Persona Fisica che Giuridica riportare nel seguente box il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto):

| STATO DI RESIDENZA FISCALE | TIN/NIF | NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE |
|----------------------------|---------|---|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE

1. _____ 2. _____

SOLO PER CONTRAENTI PERSONE GIURIDICHE, compilare i due box indicando una delle 3 casistiche proposte:

CLASSIFICAZIONE ai fini CRS, il Contraente dichiara di essere:

1. Entità Finanziaria*;

Entità di investimento con residenza fiscale in una giurisdizione non partecipante al CRS e gestita da altra entità finanziaria

(ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN/NIF DEI TITOLARI EFFETTIVI DEL CONTRAENTE/BENEFICIARIO);

Altra entità di investimento;

Istituzione finanziaria diversa da un'entità di investimento (istituzione di deposito, istituzione di custodia o impresa di assicurazioni specificata);

Istituzione finanziaria non reporting, secondo la legislazione della giurisdizione di residenza (indicare la categoria specifica): _____;

2. Entità Non Finanziaria Attiva*;

Active NFE – Società di capitali quotata su uno o più mercati regolamentati o collegata a società quotata su uno o più mercati regolamentati (indicare il mercato di quotazione): _____;

Active NFE – Entità Statale o Banca Centrale o organizzazione internazionale;

Active NFE – altra tipologia di Active NFE diversa dalle precedenti;

3. Entità Non Finanziaria Passiva* (ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN/NIF DEI TITOLARI EFFETTIVI DEL CONTRAENTE/BENEFICIARIO);

CLASSIFICAZIONE ai fini FATCA (per Entità non aventi residenza fiscale USA), il Contraente dichiara di essere:

1. Entità Finanziaria non statunitense: l'Entità dichiara di essere una Istituzione Finanziaria non statunitense (FFI) e di qualificarsi come:

Reporting Italian Financial Institution (RIFI), con il seguente GIIN _____

oppure un'Istituzione

Finanziaria Italiana sponsorizzata da un'entità sponsor avente il seguente GIIN _____;

Registered Deemed Compliant Italian Financial Institution (RDCIFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana considerata adempiente, tenuta a registrarsi presso l'IRS ed avente il seguente GIIN _____;

Certified Deemed Compliant Italian Financial Institution (CDCIFI);

Non Participating Financial Institution (NPFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana a cui è stato revocato il GIIN.

Di essere un'istituzione finanziaria non italiana localizzata in uno Stato che ha sottoscritto un accordo IGA1 o IGA2 con gli Stati Uniti oppure un'istituzione finanziaria non italiana che ha firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS, e di qualificarsi come:

Partner Jurisdiction Financial Institution (PJFI);

Participating Foreign Financial Institution (PFFI) e registrata presso l'IRS con il seguente GIIN _____

Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution (RDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera registrata considerata adempiente;

Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution (CDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera certificata;

Exempt Beneficial Owner (EBO), vale a dire un beneficiario effettivo esente (specificare la tipologia di soggetto _____)

Non Participating Financial Institution (NPFI).

2. Entità Non Finanziaria Attiva non statunitense (Active NFFE)*;

3. Entità Non Finanziaria Passiva non statunitense (Passive NFFE)* (ATTENZIONE FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTI DEL CONTRAENTE/BENEFICIARIO);

* Per le definizioni fare riferimento al documento denominato "Informativa" disponibile sul sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

Informativa ai fini FATCA - SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il Contraente dovrà fornire la seguente documentazione:

• documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);

• copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS – PER TUTTI I SOGGETTI

Il sottoscritto **dichiara** che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente ai titolari effettivi del rapporto dell'operazione.

Luogo e data

Firma del Contraente/Esecutore/Legale Rappresentante

DATI IDENTIFICATIVI DEL 3° TITOLARE EFFETTIVO DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome _____
 Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Professione / Attività Prevalente _____
 Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice RAE _____ - Codice TAE _____
 Luogo e data di nascita _____ (____) ____/____/____
 Nazionalità _____
 Indirizzo di residenza _____
 Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
 Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
 Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
 Documento d'identità _____ Numero _____
 Rilasciato da _____ il ____/____/____
 Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Contraente?
 SI NO - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI NO

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informativa" disponibile sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Contraente/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI NO

In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

| STATO DI RESIDENZA FISCALE | TIN/NIF | NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE |
|----------------------------|---------|---|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE

1. _____ 2. _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL 4° TITOLARE EFFETTIVO DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome _____
 Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Professione / Attività Prevalente _____
 Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice RAE _____ - Codice TAE _____
 Luogo e data di nascita _____ (____) ____/____/____
 Nazionalità _____
 Indirizzo di residenza _____
 Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
 Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____
 Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____
 Documento d'identità _____ Numero _____
 Rilasciato da _____ il ____/____/____
 Il Titolare Effettivo ha rapporti di parentele/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Contraente?
 SI NO - Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI NO

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informativa" disponibile sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Contraente/Legale Rappresentate/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo, ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia o di avere cittadinanza USA: SI NO

In caso di risposta "SI" si richiede il TIN (per la residenza fiscale USA) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

| STATO DI RESIDENZA FISCALE | TIN/NIF | NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE |
|----------------------------|---------|---|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |

CITTADINANZA / SEDE LEGALE o STABILE ORGANIZZAZIONE

1. _____ 2. _____

ESISTE UN ESECUTORE DEL CONTRAENTE? SI NO
IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE (solo se diverso dal Legale Rappresentante)

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE DEL CONTRAENTE

("esecutore": il soggetto a cui siano conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente o del beneficiario. Se trattasi di soggetto non persona fisica, la persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto Del cliente)

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione / Attività Prevalente _____

Attività Economica / Codice SAE _____ - Codice RAE _____ - Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) ____/____/____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza) _____

Comune _____ Prov. ____ C.A.P. _____ Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il ____/____/____

PEP SI NO

Definizione PEP: Persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informativa" disponibile sito internet <https://www.gruppocnp.it> alla sezione "assistenza polizze vita".

RISCATTO TOTALE / RISCATTO PARZIALE

Il Contraente chiede:

IL RISCATTO TOTALE DELLA POLIZZA SOPRA INDICATA

IL RISCATTO PARZIALE PER L'IMPORTO SPECIFICATO SE PREVISTO DALLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Per contratti Unit Linked / Index Linked

| Nome Fondo | Importo netto richiesto | oppure | % richiesta |
|------------|-------------------------|--------|-------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Per tutti i contratti, specificare importo parziale netto richiesto _____

IL RISCATTO DELLA SOLA PARTE DI PRESTAZIONE DERIVANTE DALLA POLIZZA TRASFORMATA

* Il Contraente dichiara di essere a conoscenza che l'abbandono parziale o totale del programma assicurativo comporta sia una diminuzione dei risultati economici previsti sia la cessazione della copertura assicurativa ad ogni effetto.

RISCATTO/ANTICIPAZIONE PER POLIZZE COLLETTIVE TFR

RISCATTO RELATIVO AL TRATTAMENTO FINE RAPPORTO (T.F.R.) IN COSTANZA DI RAPPORTO DI LAVORO

LA SOTTOSCRITTA CONTRAENTE AZIENDA CHIEDE IL RISCATTO TOTALE DEL CONTRATTO

Si allega copia della visura camerale dell'Azienda Contraente

ANTICIPAZIONE

ANTICIPAZIONE di Euro _____ oppure il _____% (massimo 70 %) della riserva accantonata.

Testa n° _____ Cognome, Nome del dipendente _____

Testa n° _____ Cognome, Nome del dipendente _____

Si allega copia della richiesta di anticipazione del Dipendente all'Azienda Contraente e copia della visura camerale dell'Azienda Contraente.

RISCATTO RELATIVO AL TRATTAMENTO FINE RAPPORTO (T.F.R.) PER DIMISSIONI DEL DIPENDENTE

LA SOTTOSCRITTA CONTRAENTE AZIENDA CHIEDE IL RISCATTO DELLE SEGUENTI POSIZIONI, causa dimissioni/licenziamento del dipendente:

Testa n° _____ Cognome, Nome del dipendente _____

Testa n° _____ Cognome, Nome del dipendente _____

Si allega fotocopia della lettera di dimissione del dipendente e/o fotocopia del libretto di lavoro e/o fotocopia del modulo C/CRL inviato al centro per l'impiego (ex sezione circoscrizionale per l'impiego), autenticata dal Soggetto abilitato e copia della visura camerale dell'Azienda Contraente.

