CNP ASSICURA

CNP Vita Assicura S.p.A.
via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec cnpvita_assicura@legalmail.it

Alla Direzione di:
CNP Vita Assicura S.p.A..
Ufficio liquidazioni vita:
Via Arbe, 49
20125 Milano - MI
liquidazioni_vita@gruppocnp.it
Servizio Cliente: 800 11 44 33

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 _____
Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Prof/Attività Prevalente (Persone Fisiche) _____ - Cod. SAE _____ - Cod. RAE _____ - Cod. 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_____
Indirizzo di corrispondenza (se diverso da residenza)_____
Comune_____Prov.____C.A.P._____Paese_____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____

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 "Informative" 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 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.*

CNP ASSICURA

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. _____

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**

ESISTE UN ESECUTORE DEL CONTRAENTE? SI ☐ NO ☐
IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

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 _____ Emissione _____/_____/_____ Scadenza _____/_____/_____

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 "Informative" disponibile sito internet https://www.gruppocnp.it alla sezione "assistenza polizze vita".

CNP ASSICURA

VINCOLO / PEGNO

Il sottoscritto _____ nella qualità di ente Vincolatario / Creditore Pignoratizio, autorizza la liquidazione della polizza sopra indicata.

_____	_____	_____
Luogo e Data	Timbro e Firma del Vincolatario/Creditore Pignoratizio	Timbro e Firma del Soggetto Abilitato all'intermediazione per la Compagnia (Per soggetto abilitato si intente il soggetto operante con mandato agenziale/accordo distributivo con la Compagnia, che autentica la firma del Vincolatario/Creditore Pignoratizio)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il Contraente chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente:

Paese	CIN Euro	CIN	ABI	CAB	Conto Corrente

Intestatario del Conto Corrente	Codice Fiscale / P.IVA dell'Intestatario del Conto Corrente

"Si rammenta che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione assicurativa"

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente estero intestato al Beneficiario, sarà indispensabile fornire documentazione attestante la residenza, anche temporanea, all'estero (ad esempio: carta di identità, passaporto, C.F. estero, iscrizione all'AIRE); qualora non fosse in grado di esibire suddetta documentazione, le richiediamo di argomentare le motivazioni ovvero le circostanze per le quali richiede la liquidazione della polizza su un conto corrente estero.
Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente (in Italia oppure all'estero) non intestato al Beneficiario sarà indispensabile far compilare e far sottoscrivere all'Intestatario del conto corrente il modulo "Dati Indentificativi dell'Intestatario del Conto Corrente" disponibile e scaricabile dal sito www.gruppocnp.it - sezione "assistenza polizze vita".

Si informa che, nell'apposita Area Clienti del sito www.gruppocnp.it è possibile consultare le informazioni relative alla propria posizione assicurativa unitamente alla comunicazione di avvenuto pagamento "quietanza di liquidazione".
Per accedervi il Contraente potrà selezionare il link presente in homepage e, dopo la registrazione, utilizzare la necessaria password di accesso ricevuta al Suo indirizzo di posta elettronica.
Il Contraente acconsente al ricevimento della copia cartacea, facendone richiesta al numero verde 800.11.44.33.
Si ricorda inoltre al Contraente/Esecutore l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007 e Regolamento IVASS n.44/2019 di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della cliente la cui informativa è disponibile sul sito internet https://www.gruppocnp.it alla sezione "assistenza polizze vita". nel documento "Informative".
L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet https://www.gruppocnp.it/privacy.

_____	_____
Luogo e Data	Firma del Contraente/Esecutore

COMPORTAMENTO TENUTO DAL CLIENTE AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ Normale ☐ Anomalo (riluttante e/o poco chiaro nel fornire informazioni sufficienti e/o adotta un comportamento inusuale)

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ In presenza del contraente ☐ In presenza del solo esecutore del contraente

L'intermediario dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione del Firmatario della presente scheda secondo le modalità e nell'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 231/2007 e successive modificazioni

_____	_____	_____
Luogo e Data	Cognome e Nome (stampatello) del Rilevatore	Timbro e Firma del Soggetto Abilitato all'intermediazione per la Compagnia Per soggetto abilitato si intente il soggetto operante con mandato agenziale/accordo distributivo con la Compagnia, che autentica la firma del Contraente/Esecutore e certifica l'esistenza in vita dell'Assicurato)

Mod. 99748 - GMG - pdf - 06/2025