



RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE TOTALE

CONVENZIONE CAPITELLO PREMI UNICI 3058 - 3097 - 3112 - 3141

CONVENZIONE CAPITELLO PREMI UNICI RICORRENTI 3059 - 3113 - 3142

CONVENZIONE NUOVA CAPITELLO 3176 - 3184

INTERMEDIARIO: ASSIDIR S.r.l.

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (Contraente/Assicurato)

COGNOME E NOME _____ ADESIONE N. ____/____/____ (*)

C.F. _____ Professione _____

Codice SAE: **600** RESIDENTI IN ITALIA
 773 RESIDENTI DEI PAESI
UE DELL'AREA EURO

774 RESIDENTI DEI PAESI UE
NON DELL'AREA EURO
 775 RESIDENTI DEI PAESI
NON UE

Codice RAE: _____ Codice TAE _____

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

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)

(se diverso da residenza)

via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (____)

(se diverso da residenza)

via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

(*) per riscattare ulteriori adesioni, elencare i *numeri di adesione negli spazi dedicati a pagina 4*



DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (Contraente/Assicurato)

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 "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

ESISTE UN ESECUTORE DEL BENEFICIARIO? SI NO

L'esecutore è il soggetto a cui siano stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del Beneficiario. Se trattasi di soggetto NON persona fisica, si intendono i dati della persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del Beneficiario. – **ALLEGARE DOCUMENTO DI NOMINA**

IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

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

Nazionalità _____

Residente a _____ () via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ ()

(se diverso da residenza)

via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

In qualità di _____ del Beneficiario

(indicare la qualifica es. tutore/ADS/procuratore ecc.)

Recapito telefonico _____ e-mail _____

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 "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.



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

Il sottoscritto dichiara:

di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA SI NO

(apporre la firma a fine pagina anche nel caso in cui sia stata barrata la casella "NO")

IN CASO DI RISPOSTA "Sì", riportare nel seguente box i codici **NIF**, per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
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 sottoscritto 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.

Luogo e Data

Firma del Beneficiario / Esecutore



RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE TOTALE

IL BENEFICIARIO della prestazione (Contraente/Assicurato)

CHIEDE:

il **RISCATTO TOTALE** della CONVENZIONE CAPITELLO A PREMI UNICI "UNA TANTUM"

3058 **3097** **3112** **3141**

per la forma assicurativa "Capitale differito a premio unico con controassicurazione e con rivalutazione annua del capitale"

il **RISCATTO TOTALE** della CONVENZIONE CAPITELLO A PREMI UNICI RICORRENTI

3059 **3113** **3142**

per la forma assicurativa "Capitale differito a premio unico ricorrente con controassicurazione e con rivalutazione annua del capitale"

il **RISCATTO TOTALE** della CONVENZIONE NUOVA CAPITELLO

3176 **3184**

per la forma assicurativa "Mista a premio unico con rivalutazione annua del capitale"

N.B. Si ricorda che relativamente alle Convenzioni Nuova Capitello 3176 e 3184 non è consentito il riscatto prima che sia decorso un anno dall'effetto della polizza. Sul valore da riscattare, se il riscatto è richiesto nel secondo anno dall'effetto della polizza, viene applicata una penale pari allo 0,50%, se il riscatto è richiesto nel terzo anno dall'effetto della polizza, viene applicata una penale pari allo 0,25%¹. Dal quarto anno dall'effetto della polizza in poi non saranno applicate penali.

ATTENZIONE: Qualora il Beneficiario chieda contemporaneamente il riscatto di altre adesioni oltre a quella indicata a pagina 1, occorre indicare qui di seguito e relativi numeri di adesioni

ADESIONE N. _____/_____/_____ ADESIONE N. _____/_____/_____

ADESIONE N. _____/_____/_____ ADESIONE N. _____/_____/_____

ADESIONE N. _____/_____/_____ ADESIONE N. _____/_____/_____

Luogo e Data

Firma del Beneficiario/ Esecutore

¹ Ad eccezione del capitale investito nella tariffa VPP1, derivante dal reinvestimento degli importi liquidati dalla Convenzione Antonio Pastore, al quale non vengono applicate penali.



COMPILAZIONE A CURA DELL'INTERMEDIARIO

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

- In presenza del Beneficiario In presenza del solo Esecutore

COMPORAMENTO TENUTO DAL BENEFICIARIO/ESECUTORE AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE

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

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 intende il soggetto operante con mandato agenziale/accordo distributivo con la Compagnia, che autentica la firma del Beneficiario/Esecutore.*

In caso di mancata compilazione, si intende che le informazioni relative al presente modulo sono state raccolte non in presenza del Beneficiario/Esecutore, pertanto, il comportamento di quest'ultimo non risulta rilevabile dall'Intermediario.

MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Il presente modulo, corredato dagli allegati del paragrafo precedente, compilato e sottoscritto dal Beneficiario della prestazione (Contraente/Assicurato), deve essere inviato:

- a mezzo RACCOMANDATA A.R., ad **ASSIDIR S.r.l. – Via Stoppani, 6 – 20129 MILANO**
- oppure
- tramite PEC all'indirizzo **assidir@pec.it**