

CONVERSIONE RISCATTO TOTALE IN RENDITA

Il sottoscritto chiede di convertire il valore di riscatto totale, determinato in base alle condizioni di assicurazione, in una delle seguenti forme di rendita erogabili in modo posticipato:

TIPOLOGIA DI RENDITA:

- ☐ Rendita Vitalizia
- ☐ Rendita certa ☐ 5 anni ☐ 10 anni e successivamente vitalizia

Cognome e nome del beneficiario in caso di premorienza durante il periodo scelto di rendita certa

Sesso del beneficiario _____ Data di nascita del beneficiario ____/____/____

Codice Fiscale del beneficiario | | | | | | | | | | | | | | |

Luogo di nascita del beneficiario _____

- ☐ Rendita Vitalizia Reversibile
 ☐ Percentuale di reversibilità
 ☐ 100%
 ☐ 60%
 ☐ 50%

Cognome e nome del reversionario _____

Sesso del reversionario _____ Data di nascita del reversionario ____/____/____

[illegible]

Luogo di nascita del reversionario _____

FREQUENZA DI EROGAZIONE: ☐ annuale ☐ semestrale ☐ trimestrale ☐ mensile

Descrizioni delle diverse opzioni:

- rendita **vitalizia**, rivalutata annualmente, pagabile con la frequenza scelta dal Contraente, fino a che l'Assicurato è in vita.
- Rendita, rivalutata annualmente, **certa e poi vitalizia**: il Contraente decide al momento della conversione il numero di anni della rendita certa (5 anni o 10 anni) e la frequenza del pagamento. Tale opzione consente di ricevere il pagamento della rendita per un periodo prestabilito, anche nel caso in cui avvenga il decesso dell'Assicurato.
Cessato questo periodo (5 o 10), nel caso in cui sia intervenuto il decesso dell'Assicurato, nulla è più dovuto ai Beneficiari; diversamente, in caso di sopravvivenza dell'assicurato al termine del periodo scelto di rendita certa, la rendita diventa vitalizia fino a che l'Assicurato sarà in vita.
- rendita **reversibile**: rendita vitalizia su due teste, quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa), rivalutata annualmente e pagabile con la frequenza scelta fino al decesso dell'Assicurato, e successivamente reversibile in misura totale o parziale fino a che sarà in vita l'altro soggetto (seconda testa).

Avvertenze:

La conversione del valore di riscatto totale in rendita viene concessa solo se:

- prevista dalle condizioni di assicurazione della polizza sulla quale si esercita l'opzione;
- è trascorso il tempo minimo dalla data di decorrenza della polizza, previsto dalle condizioni di assicurazione;
- l'importo della rendita non è inferiore all'importo annuo previsto dalle condizioni di assicurazione;
- l'Assicurato all'epoca della conversione non superi gli anni di età previsto dalle condizioni di assicurazione.

**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

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

VINCOLO / PEGNO

Il sottoscritto _____ nella qualità di ente
Vinciatario / 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 intende 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 Identificativi 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 "Informativa".

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 intende 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)