

**RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PARZIALE****CONVENZIONE CAPITELLO PREMI UNICI 3058 - 3097 - 3112 - 3141****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☐**774** RESIDENTI DEI PAESI UE
NON DELL'AREA EURO☐**773** RESIDENTI DEI PAESI
UE 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 _____



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 di seguito 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.

RESIDENZA FISCALE:

1. STATO DI RESIDENZA FISCALE _____ CODICE NIF/TIN _____
2. STATO DI RESIDENZA FISCALE _____ CODICE NIF/TIN _____

nel caso in cui il NIF non sia disponibile, specificare la motivazione:

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 PARZIALE

IL BENEFICIARIO della prestazione (Contraente/Assicurato)

CHIEDE:

☐ il **RISCATTO PARZIALE** 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 valore di riscatto netto dovrà essere il più prossimo possibile ad euro _____

N.B. La facoltà di riscatto parziale può essere esercitata una sola volta per anno solare (01/01-31/12). L'importo di riscatto parziale minimo richiesto non può essere inferiore ad euro 5.000,00. In gestione agli assicuratori deve rimanere un importo minimo investito di euro 13.000,00. Il costo dell'operazione di riscatto parziale è pari a euro 50,00 che saranno trattenuti direttamente dall'importo di riscatto.

☐ il **RISCATTO PARZIALE** della CONVENZIONE NUOVA CAPITELLO

☐ **3176**

☐ **3184**

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

Il valore di riscatto netto dovrà essere il più prossimo possibile ad euro _____

N.B. L'importo di riscatto parziale minimo richiesto non può essere inferiore ad euro 10.000,00. In gestione agli assicuratori deve rimanere un importo minimo investito di euro 10.000,00.

Non è consentito il riscatto parziale prima che sia decorso un anno dall'effetto della polizza. Sul valore da riscattare, se il riscatto parziale è richiesto nel secondo anno dall'effetto della polizza, viene applicata una penale pari allo 0,50%, se il riscatto parziale 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.

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.

Il Beneficiario della prestazione (Contraente/Assicurato), chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente a lui intestato:

Intestazione esatta del titolare del conto _____
(come riportata nelle comunicazioni bancarie)

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente 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".

Si ricorda inoltre al Beneficiario/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 clientela. 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.

Il sottoscritto Beneficiario/Esecutore, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto/operazione riprodotti negli appositi campi corrispondono al vero.

E' possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

Firma del Beneficiario / Esecutore

- Fotocopia di un valido documento di identità del Beneficiario e dell'Esecutore (se presente)
- *In caso di bonifico su conto corrente estero, allegare copia dell'iscrizione AIRE oppure documento di identità o codice fiscale estero (TIN/NIF o equivalente) dal quale si evinca l'indirizzo di residenza



COMPILAZIONE A CURA DELL'INTERMEDIARIO

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

- ☐ In presenza del Beneficiario ☐ In presenza del solo Esecutore

COMPORTAMENTO 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 (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**