

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 \_\_\_\_\_ 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 "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 \_\_\_\_\_ 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".

### 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

**IN CASO DI CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA FORNIRE OBBLIGATORIAMENTE I DATI DEL/I TITOLARE/I EFFETTIVO/I**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL 1° 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 \_\_\_\_\_ Emissione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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 2° 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 \_\_\_\_\_ Emissione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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 ed età 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".

**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.

### VINCOLO / PEGNO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di ente Vincolatario / Creditore Pignoratorio, autorizza la liquidazione della polizza sopra indicata.

-----  
**Luogo e Data**

-----  
**Timbro e Firma del Vincolatario/Creditore Pignoratorio**

-----  
**Timbro e Firma del Soggetto Abilitato**  
(per l'autenticazione della firma del Vincolatario/Creditore Pignoratorio)

### DICHIARAZIONE DI ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALE SOLO PER PERSONE GIURIDICHE

Al fine di una corretta applicazione della tassazione, il sottoscritto dichiara che le somme rinvenienti dalla liquidazione:

- verranno** incassate nell'esercizio di un'attività commerciale.
- non verranno** incassate nell'esercizio dell'attività commerciale, pertanto ai sensi del D.lgs. n. 47/2000 la Compagnia procederà all'applicazione delle ritenute d'imposta e/o dell'imposta sostitutiva sui proventi costituenti reddito di capitale.

### 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.gruppcnp.it](http://www.gruppcnp.it) - sezione "assistenza polizze vita".

Si informa che, nell'apposita Area Clienti del sito [www.gruppcnp.it](http://www.gruppcnp.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.gruppcnp.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.gruppcnp.it/privacy>.

-----  
**Luogo e Data**

-----  
**Firma del Contraente/ Legale Rappresentante/ Esecutore**

### COMPORAMENTO 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 / legale rappresentante
- 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**  
(per l'autenticazione della firma del Contraente/ Legale Rappresentante/ Esecutore e per la certificazione di esistenza in vita dell'Assicurato)