

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE SINISTRO POLIZZA SELLA PERSONAL LIFE

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

ATTENZIONE: Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

N. POLIZZA	SPL _____
-------------------	------------------

Il/i sottoscritto/i in qualità di beneficiario/i della polizza sopra indicata, richiede/dono la liquidazione totale a seguito del decesso dell'Assicurato secondo quanto di seguito riportato.

Beneficiario 1

Cognome:	Nome/Ragione Sociale:
Codice Fiscale:	
Indirizzo di residenza/corrispondenza:	
IBAN:	SWIFT:
BANCA:	
IBAN/Conto intestato a:	

A. Persona Politicamente Esposta (PEP) - Dichiaro di:

- Essere** Persona Politicamente Esposta - Carica pubblica occupata/legame.....
- NON** essere Persona Politicamente Esposta

B. Dichiarazione di residenza U.S.A. - normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Il Beneficiario dichiara:

- Di **essere** residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d'America o cittadino statunitense e il numero di identificazione come contribuente statunitense (US TIN) è il seguente: **US TIN** _____
- Di **NON** essere residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d'America o cittadino americano

Beneficiario 2

Cognome:	Nome/Ragione Sociale:
Codice Fiscale:	
Indirizzo di residenza/corrispondenza:	
IBAN:	SWIFT:
BANCA:	
IBAN/Conto intestato a:	

A. Persona Politicamente Esposta (PEP) - Dichiaro di:

- Essere** Persona Politicamente Esposta - Carica pubblica occupata/legame.....
- NON** essere Persona Politicamente Esposta

B. Dichiarazione di residenza U.S.A. - normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Il Beneficiario dichiara:

- Di **essere** residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino statunitense e il numero di identificazione come contribuente statunitense (US TIN) è il seguente: **US TIN** _____
- Di **NON** essere residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino americano

Beneficiario 3

Cognome:	Nome/Ragione Sociale:
Codice Fiscale:	
Indirizzo di residenza/corrispondenza:	
IBAN:	SWIFT:
BANCA:	
IBAN/Conto intestato a:	

A. Persona Politicamente Esposta (PEP) - Dichiaro di:

- Essere** Persona Politicamente Esposta - Carica pubblica occupata/legame.....
- NON** essere Persona Politicamente Esposta

B. Dichiarazione di residenza U.S.A. - normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Il Beneficiario dichiara:

- Di **essere** residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino statunitense e il numero di identificazione come contribuente statunitense (US TIN) è il seguente: **US TIN** _____
- Di **NON** essere residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino americano

Beneficiario 4

Cognome:	Nome/Ragione Sociale:
Codice Fiscale:	
Indirizzo di residenza/corrispondenza:	
IBAN:	SWIFT:
BANCA:	
IBAN/Conto intestato a:	

A. Persona Politicamente Esposta (PEP) - Dichiaro di:

- Essere** Persona Politicamente Esposta - Carica pubblica occupata/legame.....
- NON** essere Persona Politicamente Esposta

B. Dichiarazione di residenza U.S.A. - normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Il Beneficiario dichiara:

- Di **essere** residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino statunitense e il numero di identificazione come contribuente statunitense (US TIN) è il seguente: **US TIN** _____
- Di **NON** essere residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino americano

Beneficiario 5

Cognome:	Nome/Ragione Sociale:
Codice Fiscale:	
Indirizzo di residenza/corrispondenza:	
IBAN:	SWIFT:
BANCA:	
IBAN/Conto intestato a:	

A. Persona Politicamente Esposta (PEP) - Dichiaro di:

- Essere** Persona Politicamente Esposta - Carica pubblica occupata/legame.....
- NON** essere Persona Politicamente Esposta

B. Dichiarazione di residenza U.S.A. - normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Il Beneficiario dichiara:

- Di **essere** residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino statunitense e il numero di identificazione come contribuente statunitense (US TIN) è il seguente: **US TIN** _____
- Di **NON** essere residente ai fini fiscali negli Stati Uniti d’America o cittadino americano

Si allegano i seguenti documenti di ogni singolo Beneficiario e quelli sanitari relativi al *de cuius* (**barrare SOLO dove disponibile/applicabile**):

- Copia di un documento d'identità valido di ogni singolo beneficiario (se presente più di un Beneficiario).
- Copia del codice fiscale di ogni singolo Beneficiario (se presente più di un Beneficiario).
- Dichiarazione CRS (Common Reporting Standard) ai fini informativi fiscali e da duplicare se presente più di un Beneficiario (allegato a pag. 5 del presente Modulo).
- Certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice.

- Se il decesso dell'Assicurato è avvenuto per cause naturali:**
 1. Certificato medico/relazione del medico attestante le cause del decesso completo di anamnesi patologica, data di insorgenza, eventuali patologie pregresse.
 2. Copia del file ministeriale/cartella clinica informatizzata/fascicolo sanitario tenuto dal Medico di base dell'Assicurato.
 3. Copia di cartelle cliniche/documentazione sanitaria relative a ricoveri subiti dall'Assicurato (**SOLO se presenti**).
 4. **SOLO in caso di morte violenta** (suicidio, omicidio, incidente stradale) - copia del Verbale delle Autorità di PS e/o Giudiziarie da cui si possano rilevare le circostanze del decesso.
 5. Copia del referto autoptico e tossicologico (**SOLO se effettuati**).
- Se il decesso dell'Assicurato è avvenuto per infortunio:**
 1. Certificato medico/relazione del medico attestante le cause del decesso completo di anamnesi patologica, data di insorgenza, eventuali patologie pregresse.
 2. Copia del file ministeriale/cartella clinica informatizzata/fascicolo sanitario tenuto dal Medico di base dell'Assicurato.
 3. Copia del Verbale delle Autorità di PS e/o Giudiziarie da cui si possano rilevare le circostanze del decesso da infortunio.
 4. Copia del referto autoptico e tossicologico (**SOLO se effettuati**)
 5. Copia di eventuali cartelle cliniche/documentazione sanitaria relative a ricoveri subiti dall'Assicurato (**SOLO se presenti**)
 6. Copia di verbali di invalidità dell'Assicurato (**SOLO se presenti**)
 7. Copia di visite medico-legali (**SOLO se effettuate**)

- Testamento in copia autenticata oppure, in mancanza, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti:
 - se l'Assicurato abbia lasciato o meno disposizioni testamentarie valide e non impugnate, tendenti a variare la clausola beneficiaria della polizza (in tal caso dovrà essere rimessa copia autentica dell'atto testamentario);
 - lo stato di famiglia dell'Assicurato con i dati anagrafici e domiciliari di ogni componente.
- Benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio in difetto del quale il pagamento sarà effettuato al detto creditore (**SOLO se presente**);
- SOLO nel caso di Beneficiari minori:** Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà o il tutore dei Beneficiari minori a riscuotere per loro conto l'importo spettante.

Luogo

Data

Firma Beneficiario 1

Firma Beneficiario 2

Firma Beneficiario 3

Firma Beneficiario 4

Firma Beneficiario 5

Visto firmare (*da parte del Private Banker/Consulente*)

DICHIARAZIONE CRS (Common Reporting Standard)

Ai sensi della Legge 18 giugno 2015, n. 95 - DIRETTIVA 2014/107 UE DEL 9 DICEMBRE 2014
Normativa FATCA e CRS

Al fine di ottemperare alla sopra citata normativa e con la finalità di contrastare la frode fiscale e l'evasione fiscale transfrontaliera, la Compagnia, quale intermediario finanziario interessato, è tenuta ad acquisire ed aggiornare i dati identificativi dei propri clienti, al fine di determinarne gli stati di effettiva residenza fiscale.

Su queste premesse, Le chiediamo cortesemente di compilare la presente dichiarazione. **Il rilascio dei dati risulta obbligatorio in forza della normativa citata.**

BENEFICIARIO PERSONA FISICA – DITTA INDIVIDUALE

Polizza N. _____

Nome e Cognome Beneficiario _____

Data di nascita __/__/__

Città di Nascita _____ Paese di Nascita _____

Al fine di adempiere gli obblighi di scambio di informazioni con i paesi aderenti all'AEoI (Automatic Exchange of Information o Common Reporting Standard, CRS), vi rilascio i dati, completi, veritieri e corretti, necessari per determinare la/e residenza/e fiscale/i e, laddove ricorrano le condizioni, procedere alla segnalazione all'autorità fiscale locale dei dati anagrafici e patrimoniali da me forniti.

ATTESTAZIONE RESIDENZA FISCALE¹

Stato di residenza Fiscale	Codice Fiscale/Codice Identificativo Fiscale
1°	1°
2°	2°
3°	3°
4°	4°

Il campo stato di residenza fiscale deve essere sempre compilato.

- Dichiaro che tutte le informazioni contenute nella presente certificazione sono veritiere e di essere consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni.
- Dichiaro che procederò a comunicare tempestivamente per iscritto alla Compagnia ogni circostanza che determini una modifica delle dichiarazioni fornite nella presente autocertificazione.
- Qualora il campo codice identificativo fiscale estero non sia valorizzato, dichiaro che il mio Paese Estero di residenza non prevede il rilascio di tale codice.

Luogo, Data

Firma

Per maggiori informazioni e chiarimenti restano a completa disposizione la Sua Banca, il Suo Promotore Finanziario o Private Banker di riferimento e il Servizio Clienti di InChiaro Life al seguente recapito telefonico +353 1 6788700, da lunedì a venerdì dalle 9.30 alle 18.30 (ora italiana) oppure tramite e-mail all'indirizzo info@inchiarolife.ie

¹ Si intendono tutte le residenze fiscali del Beneficiario alla data di compilazione della presente autocertificazione.