

MODULO PER OPERAZIONI SUL CONTRATTO 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.

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome/Ragione Sociale	
Residente in			
Città	Cod.Postale	Provincia	

In qualità di contraente del contratto di assicurazione sopracitato chiede alla Compagnia di effettuare la seguente operazione a valere sul contratto sopra indicato

1. VERSAMENTO AGGIUNTIVO - minimo €25.000,00

Importo: € _____

La modalità di pagamento del premio aggiuntivo è mediante bonifico bancario sul conto intestato a InChiaro Life dac

IBAN: **IE64BOFI90124723068737** BIC: **BOFIE2D** c/o Bank of Ireland

2. CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO (massimo 4 volte l'anno)

STRATEGIA D'INVESTIMENTO ATTUALE		NUOVA STRATEGIA D'INVESTIMENTO	
Nome:		Nome:	

3. RISCATTO TOTALE

- RISCATTO TOTALE
- RISCATTO TOTALE CON CONVERSIONE IN RENDITA (Compilare Il modulo "Conversione Capitale in Rendita")

4. RISCATTO PARZIALE (minimo €25.000,00) - RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO (minimo annuo €10.000,00)

- RISCATTO PARZIALE di € _____
- RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO di € _____ con frequenza:
 - Trimestrale
 - Semestrale
 - Annuale
- REVOCA RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO

Chiedo alla Compagnia di accreditare l'importo a me dovuto sulle seguenti coordinate bancarie:

Bonifico bancario sul conto n. (indicare le coordinate internazionali IBAN e SWIFT/BIC in modo completo)

IBAN _____

SWIFT/BIC _____

c/o Banca _____ intestato a _____

SONO CONSAPEVOLE CHE COORDINATE BANCARIE INCOMPLETE O ERRATE POTREBBERO CAUSARE RITARDI NEI PAGAMENTI. Riconosco a INCHIARO LIFE DAC il diritto di utilizzare la ricevuta del pagamento sulle coordinate bancarie da me fornite come quietanza liberatoria per gli importi pagati in relazione al riscatto da me richiesto.

5. CAMBIO BENEFICIARIO CASO MORTE

NUOVI BENEFICIARI (in caso di MORTE dell'Assicurato):

- Specificare nome, cognome, data, luogo di nascita e codice fiscale, in caso di persona fisica

- Specificare denominazione, sede legale, codice fiscale/partita IVA o in alternativa iscrizione registro imprese in caso di persona giuridica

- Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- Rendita in caso di morte dell'Assicurato (compilare e sottoscrivere l'allegato "Opzione Rendita Vitalizia")

6. CAMBIO INDIRIZZO

- Nuovo indirizzo di RESIDENZA

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

- Nuovo indirizzo di CORRISPONDENZA

Email: _____

Oppure

Via _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Luogo

Data

Firma Contraente

Visto firmare (Private Banker/Consulente)

Firma Creditore Pignoratizio¹ / Beneficiario²

¹ Firma del Creditore Pignoratizio in caso di polizza sottoposta a pegno

² Firma del Beneficiario nel caso di beneficio accettato e/o rendita vitalizia

ALLEGATI NECESSARI PER LE OPERAZIONI SU CONTRATTO SPL

- ✓ Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità
- ✓ Raccomandazione Personalizzata **SE** operazione **consigliata** dalla Banca (**SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI, CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO, RISCATTO PARZIALE O TOTALE**)
- ✓ Modulo di Ordine impartito Set Informativo **SE** operazione **richiesta** dal Cliente (**SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI, CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO, RISCATTO PARZIALE O TOTALE**)
- ✓ Caratteristiche specifiche del fondo interno/strategia di investimento (**SOLO PER CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO**)
- ✓ Scheda Informativa Cliente (**SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI DI IMPORTI PARI O SUPERIORE € 500.000,00**)
- ✓ Dichiarazione di residenza fuori dalla Repubblica Irlandese (**SOLO PER RISCATTO PARZIALE O TOTALE**)
- ✓ Autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato se diverso dal Contraente (**SOLO PER RISCATTO TOTALE O PARZIALE**)
- ✓ Dichiarazione CRS (Common Reporting Standard) ai fini informativi fiscali (**SOLO PER RISCATTO TOTALE**)
- ✓ Modulo "Opzione rendita vitalizia" (**SOLO PER CAMBIO BENEFICIARIO CON OPZIONE RENDITA**)



**DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FUORI DALLA REPUBBLICA IRLANDESE
(da compilare in caso di RISCATTO PARZIALE o TOTALE)**

- Dichiaro di essere il contraente della polizza relativa alla presente dichiarazione.
- Io sono attualmente non residente o non abitualmente residente nella Repubblica d'Irlanda.
- Io notificherò alla compagnia di assicurazione che ha emesso la polizza se diventassi residente nella Repubblica d'Irlanda o nel caso in cui cessassi di essere contraente, tale notifica includerà il nome e l'indirizzo del nuovo contraente.

NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE:

LUOGO E INDIRIZZO PRINCIPALE DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE:

Luogo _____

Data _____

Firma Contraente _____



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.**

CONTRAENTE PERSONA FISICA - CONTRAENTE DITTA INDIVIDUALE

Polizza N. _____

Nome e Cognome Contraente/Ditta Individuale _____

Data di nascita ____/____/____

Città di Nascita _____ Paese di Nascita _____

Al fine di adempiere gli obblighi di scambio di informazioni con i paesi aderenti all'AEol (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 ricorrono 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 Contraente

Per maggiori informazioni e chiarimenti restano a completa disposizione la Sua Banca, il Suo Consulente 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 Contraente alla data di compilazione della presente autocertificazione.



Scheda Informativa sul Cliente

(D.Lgs. 231/07 - Antiriciclaggio)

Ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 231/2007 nel caso non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica la Compagnia è tenuta ad astenersi dall'operazione o porre fine all'operazione già in essere. Riguardo rapporti o operazioni in essere o in corso di realizzazione, la Compagnia è tenuta a restituire al cliente i fondi o le altre disponibilità finanziarie di spettanza liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente indicato dal cliente con un messaggio rivolto alla controparte bancaria che le somme sono restituite per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica stabiliti dalle norme antiriciclaggio.

Da compilare per versamenti aggiuntivi di importo pari o superiore a **€500.000,00**

N° Polizza _____ Contraente _____

1. Descrizione attività economica _____

2. Eventuali attività secondarie _____

3. Eventuali ulteriori informazioni sulla situazione economica, finanziaria e patrimoniale (anche familiare)

4. Provenienza della somma oggetto dell'operazione
 - Risparmi da reddito da lavoro dipendente
 - Risparmi da reddito da lavoro autonomo/da libera professione/d'impresa
 - Risparmi da pensione
 - Reddito da capitale
 - Reddito fondiario
 - Disinvestimento di somme in precedenza investite o reinvestimento da liquidazione (indicare intermediario e tipologia di investimento/liquidazione)
 - Vendita di beni (indicare tipologia)Data operazione.....
 - Vincita
 - Eredità (*)
 - Donazione (*)
 - Altro (specificare)

(*) Indicare nominativo del cuius/donante, legame con il contraente e data evento

Luogo, Data

Firma Contraente
