

Alla Direzione di:

- Aviva S.p.A.
 Aviva Vita S.p.A.
 Aviva Life S.p.A.
 Area Life dac

Ufficio liquidazioni vitaVia A. Scarsellini 14 20161 Milano
liquidazioni_vita@aviva.com

Servizio Cliente: 800 11 44 33

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 _____

Codice Fiscale _____

Professione / Attività Prevalente _____ - Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) ____ / ____ / ____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

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.avivaitalia.it> alla sezione "cosa fare in caso di....." Liquidazione per 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)

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.

**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. _____

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 TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) ____/____/____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Paese _____

Documento d'identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il ____/____/____

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)

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

"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 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.avivaitalia.it - sezione "Cosa fare in caso di ... Richiesta di liquidazione per polizze Vita"

Si informa che, nell'apposita Area Clienti del sito www.avivaitalia.it è possibile consultare le informazioni relative alla propria posizione assicurativa unitamente alla comunicazione di avvenuto pagamento "quietanza di liquidazione".

Per accedere 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.avivaitalia.it> alla sezione "cosa fare in caso di ..." Liquidazione per polizze vita contenuta nel documento "Informativa".

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet <https://www.avivaitalia.it/privacy>.

Luogo e Data

Firma del Contraente/Esecutore

COMPORTEMENTO 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
(per l'autenticazione della firma del Contraente/Esecutore e per la certificazione di esistenza in vita dell'Assicurato)