



## Richiesta di liquidazione del capitale per decesso dell'Assicurato

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA DI TIPO UNIT LINKED

LUOGO  DATA   
NOME PRODOTTO  N. POLIZZA

**Beneficiario Persona Fisica**

*(Da compilare se il Beneficiario è Persona Fisica/Persona Fisica minore/Persona Fisica incapace di agire)*

Cognome

Nome

Data di nascita  /  /

Codice Fiscale

Via  n.

Comune  Provincia  CAP

Telefono cellulare

**Legale Rappresentante**

*(Da compilare se il Beneficiario è Persona Fisica minore/incapace di agire)*

Cognome

Nome

Data di nascita  /  /

Codice Fiscale

Via  n.

Comune  Provincia  CAP

Telefono cellulare

### SOLO PER BENEFICIARIO INCAPACE

Tenuto conto dell'Informativa rilasciata ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, alle lettere a) e b) della sezione 3 "Categorie dei Dati Personali, finalità e base giuridica del trattamento" e acconsento al trattamento delle categorie particolari di Dati Personali del Beneficiario Incapace, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella sezione 8 dell'Informativa.



Firma Legale Rappresentante

<b>Beneficiario Persona Giuridica</b>	Denominazione	<input type="text"/>															
	P.IVA	<input type="text"/>															
	Sede Legale	<input type="text"/>															
	Comune	<input type="text"/>					Provincia	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>						
	Telefono cellulare	<input type="text"/>															
<b>Legale Rappresentante</b>	Cognome	<input type="text"/>															
	Nome	<input type="text"/>															
	Data di nascita	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	Codice Fiscale	<input type="text"/>															
	Via	<input type="text"/>										n.	<input type="text"/>				
	Comune	<input type="text"/>					Provincia	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>						
	Telefono cellulare	<input type="text"/>															
Il sottoscritto/a Cognome <input type="text"/>		Nome <input type="text"/>															
in qualità di																	
<input type="checkbox"/> Beneficiario																	
<input type="checkbox"/> Rappresentante Legale del Beneficiario <sup>1</sup>																	
<input type="checkbox"/> Procuratore del Beneficiario della polizza sopra indicata con Assicurato deceduto,																	
Cognome	<input type="text"/>					Nome	<input type="text"/>										
chiedo il pagamento della quota di capitale spettante al Beneficiario sul conto corrente intestato allo stesso Beneficiario																	
IBAN	<input type="text"/>																
Solo per pagamenti esteri indicare:																	
BIC	<input type="text"/>					SWIFT	<input type="text"/>										
Solo in caso di conto corrente cointestato indicare uno dei seguenti legami tra Beneficiario e cointestati <sup>2</sup>																	
<input type="checkbox"/> Beneficiario legato da rapporti di parentela o da legame affettivo con i cointestati																	
<input type="checkbox"/> Beneficiario legato da rapporti aziendali o professionali con i cointestati																	
<input type="checkbox"/> altro legame (da specificare)		<input type="text"/>															
Denominazione della Banca																	
<input type="text"/>																	

1 Selezionare la casella solo in caso di:

- Beneficiario minore/incapace di agire, il cui Legale Rappresentante è il Genitore esercente la potestà genitoriale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno;
- Persona Giuridica, il cui Legale Rappresentante è la persona che agisce legalmente per conto della Società, Ente, Fondazione.

2 Indicare "altro legame" se almeno uno dei cointestati non ha rapporti di parentela o aziendali con il Beneficiario.

**ATTENZIONE: LA PRESENTE RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA E SOTTOSCRITTA IN ORIGINALE DA UN SOLO BENEFICIARIO; IN CASO DI PIÙ BENEFICIARI COMPILARE, PER CIASCUNO DI ESSI, UN APPOSITO MODULO DI RICHIESTA**

**Per ulteriori chiarimenti è a sua disposizione il Servizio Clienti al Numero 800.124.124**

Ai fini della richiesta di liquidazione allego la seguente documentazione:

- Certificato di morte dell'Assicurato della polizza sopra menzionata, con indicazione della data di nascita dell'Assicurato stesso;
- Dichiarazione di non residenza in Irlanda compilata e firmata in originale, secondo il modello riportato e/o allegato nella documentazione contrattuale;
- Autocertificazione di conformità fiscale FATCA\_CRS DAC2 per Beneficiari Persone Fisiche o Persone Giuridiche;
- Consenso espresso al trattamento di dati personali generali e sensibili firmato in originale;

Attestazione di avvenuta adeguata verifica: per poter procedere al pagamento di quanto richiesto, nel rispetto di quanto stabilito dagli artt. 17 e segg. del D. Lgs. 231/07 in tema di obblighi di adeguata verifica della clientela, è necessario che Intesa Sanpaolo Vita Dublin Branch riceva il Questionario di adeguata verifica. In particolare:

- se il conto corrente è di una Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo, il Questionario disponibile presso la Banca deve essere inviato a Intesa Sanpaolo Vita Dublin Branch dall'incaricato della filiale stessa;
- se il conto corrente è di una Banca non appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, è necessario che la Sua Banca trasmetta a Intesa Sanpaolo Vita Dublin Branch l'attestazione di avvenuta adeguata verifica:
- con Posta Elettronica Certificata (PEC) a [Doc.DublinBranch@pec.intesasanpaolovita.it](mailto:Doc.DublinBranch@pec.intesasanpaolovita.it) oppure
- con raccomandata, in busta intestata della Banca, a Intesa Sanpaolo Vita Dublin Branch Ufficio Postale Milano Centro Casella Postale 450 – Via Cordusio, 4 – 20123 Milano (Mi).
- Copia di un documento identificativo valido firmato ed indirizzo completo del/della sottoscritto/a <sup>3</sup>;
- In presenza di testamento: copia autentica del/i testamento/i, completa del relativo verbale di pubblicazione; Atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con firma autenticata da pubblico ufficiale da cui risultino gli estremi del/i testamento/i; che il/i testamento/i, è/sono l'ultimo/gli ultimi conosciuto/i, valido/i e non impugnato/i; quali siano gli eredi testamentari o in loro assenza, gli eredi legittimi, la data di nascita, il grado di parentela con l'Assicurato e la capacità di ciascuno di essi;
- In assenza di testamento: Atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con l'Assicurato, la loro data di nascita e capacità di agire e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza l'impresa di assicurazione alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai Beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- Altro (indicare)


**Firma del Beneficiario (Legale Rappresentate in caso di Persona Giuridica/Fisica minore/incapace di agire)**

<sup>3</sup> In caso di Persona Giuridica, allegare anche un documento attestante la qualifica di rappresentante legale del/della sottoscritto/a.