

Modulo di riscatto parziale

Si prega di inviare il modulo compilato e firmato da tutti gli assicurati a:

**Clerical Medical Customer
Services
37 Boulevard Joseph II
1840 Lussemburgo**

oppure via e-mail all'indirizzo cs-italia@admin.clericalmedical.com

La preghiamo di tenere presente quanto segue:

- I dettagli completi relativi ai pagamenti sono riportati nelle condizioni di assicurazione. La preghiamo di tenere presente le indicazioni relative ai pagamenti contenute nel modello di calcolo e nelle condizioni di assicurazione.
- I pagamenti non sono garantiti e vengono effettuati solo a condizione che al momento del pagamento sia stato assegnato al contratto un numero sufficiente di quote nei fondi/pool.
- I pagamenti regolari possono essere attivati o disattivati in qualsiasi momento, previa comunicazione con almeno tre mesi di anticipo.
- Se i pagamenti vengono effettuati mediante il riscatto di quote di un Fondo a crescita garantita, può essere applicato un bonus alla scadenza, un dividendo straordinario per riscatto anticipato o un regolatore del valore di mercato. Per i dettagli completi si prega di consultare le condizioni di assicurazione.
- Il contraente viene informato qualora un pagamento debba essere posticipato o differito.
- I pagamenti possono essere effettuati esclusivamente a un contraente o, in caso di più contraenti congiunti, a uno dei contraenti.
- I pagamenti possono avere ripercussioni sulla struttura fiscale del contratto. Per conoscere le ripercussioni fiscali di un determinato pagamento, si prega di rivolgersi al proprio consulente fiscale.
- I pagamenti possono influire sull'importo della prestazione individuale in caso di decesso.

Se si intende rescindere completamente il contratto, si prega di utilizzare il modulo di recesso disponibile sul nostro sito web.

Svantaggi di un riscatto:

- Il pagamento del valore di riscatto può avere conseguenze fiscali. Per ulteriori informazioni, si prega di rivolgersi al proprio consulente fiscale o finanziario.
- Tutte le assicurazioni sulla vita collegate al contratto cessano.

Il diritto a eventuali bonus di fedeltà futuri decade. Per i prodotti che investono in un fondo a crescita garantita decade anche il bonus scadenza, che matura solo alla scadenza del contratto.

Per ulteriori informazioni, consultare le condizioni di assicurazione. È inoltre possibile rivolgersi al proprio intermediario.

Numero di contratto: _____

A. Contraente
Contraente 1

 Nome completo

 Cittadinanza

 Via e numero civico

 CAP e città

 Paese

 Stato di residenza fiscale

 Codice Fiscale (TIN)

 Se esiste un altro domicilio fiscale, indicare il Paese e il Codice Fiscale (TIN) corrispondente

Contraente 2 (se presente)

 Nome completo

 Cittadinanza

 Via e numero civico

 CAP e città

 Paese

 Stato di residenza fiscale

 Codice Fiscale (TIN)

 Se esiste un altro domicilio fiscale, indicare il Paese e il Codice Fiscale (TIN) corrispondente

Esiste un collegamento con gli Stati Uniti in relazione al **FATCA** (Foreign Account Tax Compliance Act) (cittadinanza statunitense, Green Card o paese di nascita: USA) ? (Si prega di barrare la casella)

Contraente 1
 Si

 No

Contraente 2 (se presente)
 Si

 No

Scottish Widows Europe S.A. (SWE) utilizza mezzi di comunicazione elettronici per comunicare con partner e autorità. Vorremmo utilizzare questi canali anche con Lei per garantire aggiornamenti tempestivi e un servizio efficiente. Tutte le misure legali necessarie per la protezione della Sua privacy saranno adottate. Tuttavia, la comunicazione elettronica può comportare alcuni rischi che Lei, in qualità di contraente, riconosce e accetta.

Se acconsente a ricevere comunicazioni elettroniche, La preghiamo di indicarci il Suo indirizzo e-mail qui sotto:

Indirizzo e-mail 1

Indirizzo e-mail 2

Tel.1

Tel.2

Agire in proprio nome e per proprio conto

Il contraente dichiara di agire a proprio nome e per proprio conto.

Si

No (in tal caso, si prega di compilare quanto segue)

Se si agisce in nome e per conto di una persona fisica diversa, indicare i dati della persona fisica:

Se si agisce per conto e a nome di una persona giuridica, indicare i dati della persona giuridica:

Nome completo

Nome della persona giuridica

Data e luogo di nascita

Numero di registrazione (se disponibile)

Cittadinanza

Forma giuridica

Via e numero civico

Via e numero civico

CAP e città

CAP e città

Paese

Paese

B. Motivi del pagamento

Motivi del pagamento:

Ho bisogno del denaro per motivi personali.

Non sono soddisfatto dell'andamento del contratto.

Desidero investire il denaro in un altro contratto.

Altro motivo:

C. Pagamento a scadenza precisata

Data	Importo (indicare la valuta)
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Qualora si desiderino ulteriori pagamenti, questi devono essere indicati su un foglio separato.

D. Pagamenti regolari

Modalità di pagamento: mensile trimestrale semestrale annuale

Data del primo pagamento |

Nota: l'importo viene solitamente accreditato sul Suo conto bancario pochi giorni dopo tale data.

Data dell'ultimo pagamento

Importo del pagamento (indicare la valuta)

Aumento dei pagamenti: % (0-10 %, solo numeri interi)

Fondo/i o pool da cui vengono riscattate le quote per il pagamento:

Nota: se nel campo di testo sopra non è stato specificato alcun fondo/pool, il pagamento verrà effettuato in proporzione a tutti i fondi/pool collegati al contratto.



E. Istruzioni di pagamento, beneficiario economico (persona fisica)

Titolare del conto: _____

IBAN: _____

Banca: _____

Per pagamenti superiori a €250.000,00, in valuta estera o su un conto al di fuori dell'area SEPA, possono essere applicate delle commissioni.

Si prega di compilare la sezione seguente solo se il pagamento è destinato a una persona che non è l'assicurato. Le informazioni sono necessarie per identificare il beneficiario ai sensi della legge sul riciclaggio di denaro.

In caso di pagamento a una persona fisica diversa:

Nome completo del beneficiario

Data e luogo di nascita

Cittadinanza

Via e numero civico

CAP e città

Paese

Codice Fiscale (TIN)

In caso di pagamento a una persona giuridica:

Nome della persona giuridica

Numero di registrazione (se disponibile)

Forma giuridica

Via e numero civico

CAP e città

Paese

Codice Fiscale (TIN)

Motivo della divergenza:

F. Informazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi antiriciclaggio

La preghiamo di comunicarci la professione e il settore lavorativo pertinenti. Queste informazioni sono necessarie per tutti i contraenti. L'elenco seguente con alcuni esempi può esserle d'aiuto per compilare il modulo.

Contraente 1

Professione: _____

Settore: _____

**Contraente 2
(se applicabile)**

Professione: _____

Settore: _____

Professione:

- Impiegato/funziionario in posizione dirigenziale
- Impiegato/funziionario
- Lavoratore autonomo/libero professionista
- Pensionato/pensionato (si prega di indicare anche l'ultima professione svolta)
- Studente
- Disoccupato
- Posizione di responsabilità part-time
- Personale part-time / Lavoro occasionale
- Altro (specificare)

Settore:

- Settore alberghiero e della ristorazione
- Servizi finanziari, bancari e assicurativi
- Servizi di consulenza (avvocati, consulenti, revisori dei conti)
- Sanità e servizi medici
- Pubblica amministrazione o magistratura
- Commercio all'ingrosso/al dettaglio
- Edilizia
- Industria petrolifera e del gas
- Commercio di metalli preziosi, pietre preziose, opere d'arte, oggetti d'antiquariato o altri beni di alto valore
- Immobili
- Tecnologia e IT
- Energia e potenza (energia nucleare) e servizi di pubblica utilità

- Telecomunicazioni
- Agricoltura e silvicoltura
- Istruzione
- Industria metallurgica
- Trasporti e logistica
- Industria farmaceutica
- Industria automobilistica
- Settore minerario e risorse naturali
- Settore scommesse e giochi d'azzardo
- Industria della difesa
- Commercio di animali
- Imprese con elevato volume di contanti
- Società di servizi finanziari
- Case d'asta
- Altro (specificare)

Lei è una persona politicamente esposta (PEP)?

Per ulteriori informazioni su chi è considerato una persona politicamente esposta, consulti il nostro sito web.
(Si prega di barrare la casella).

Contraente 1

Ja
Nein

Contraente 2 (se presente)

Ja
Nein

Informazioni relative all'origine del patrimonio e dei fondi

Ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento n. 20/03 dell'Autorità di Controllo del Settore Assicurativo (CAA), siamo tenuti a raccogliere informazioni relative all'origine dei fondi e al patrimonio dei nostri clienti.

1) Origine del patrimonio

La preghiamo di indicare la provenienza dei fondi utilizzati per il pagamento dei contributi (si prega di barrare la voce corrispondente).

Reddito da attività professionale

Altro (specificare, ad esempio risparmi, bonus, eredità, vendita di beni, donazioni, investimenti, altre polizze assicurative, prestiti, ecc.):

2) Umfang des Nettovermögens

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Nettovermögen, dem Gesamtwert Ihrer Vermögenswerte abzüglich aller Verbindlichkeiten (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Bis zu € 50.000

Von € 50.000 bis € 100.000

Von € 100.000 bis € 500.000

Über € 500.000

3) Mittelherkunft

Nur auszufüllen, sofern Zusatzbeiträge, Einmalbeiträge oder höhere Beiträge als ursprünglich beantragt geleistet wurden.

Bitte machen Sie Angaben zur Herkunft der Finanzmittel, die für die Zahlungen der Beiträge herangezogen wurden (bitte Zutreffendes ankreuzen).

Einkommen aus beruflicher Tätigkeit

Sonstiges (Bitte angeben, z.B. Ersparnisse, Bonuszahlungen, Erbschaft, Veräußerung von Eigentum, Geschenke, Spenden, Investments, andere Versicherungspolice, Darlehen, etc.):

Zweck der Versicherungspolice

Todesfallabsicherung

Altersvorsorge

Sonstiges (bitte angeben):

G. Benötigte Unterlagen

Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Unterlagen (Checkliste) eingereicht werden:

Dieses Formular ordnungsgemäß ausgefüllt, datiert und von allen Versicherungsnehmern sowie Zahlungsempfängern unterschrieben.

Eine **Bestätigung der Bankverbindung** (nicht älter als 3 Monate) und Identifizierung des Kontoinhabers seitens der Bank des Zahlungsempfängers (Bankidentitätsnachweis) oder die Kopie eines Kontoauszuges. Achten Sie im Falle der Einreichung eines Kontoauszuges darauf, die einzelnen Zahlungsvorgänge unkenntlich zu machen.

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses des Versicherungsnehmers**.

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses der versicherten Person(en)** (sofern abweichend).

Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen **Personalausweises oder Reisepasses des Zahlungsempfängers** (sofern abweichend).

Eine Meldebescheinigung (nicht älter als 3 Monate), alternativ eine Gas-, Strom- oder Wasserversorgungsrechnung, auf der Name und Anschrift ersichtlich sind. Sofern die Anschrift in einem Personalausweis der Bundesrepublik Deutschland enthalten ist, wäre dies auch als Adressnachweis ausreichend.

Sofern der Versicherungsnehmer nicht im eigenen Namen und nicht auf eigene Rechnung handelt oder sofern die Auszahlung an eine andere Partei erfolgt, werden zusätzlich folgende Unterlagen benötigt.

Bei abweichender natürlicher Person:

- Eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen Ausweises oder Reisepasses.
- Eine entsprechende Vollmacht.

b) Bei abweichender juristischer Person:

- Ein Handelsregisterauszug (nicht älter als 90 Tage).
- Eine Kopie der aktuellsten Satzung / Gründungsurkunde der Gesellschaft.
- Eine Kopie der aktuellsten Gesellschafterliste (inkl. Stimmrechte) / Anteilsregister (inkl. Stimmrechte), falls die Gesellschafteranteile nicht in der Satzung oder in der Gründungsurkunde der Gesellschaft dokumentiert sind.
- Ein Auszug aus dem Transparenzregister (nicht älter als 90 Tage), falls vorhanden.
- Entsprechende Vollmacht.

Sofern die Auszahlung an eine juristische Person erfolgt, werden zusätzlich zu einer Bestätigung der Bankverbindung der juristischen Person folgende Unterlagen benötigt:

- Einen aktuellen Handelsregisterauszug im Falle einer juristischen Person oder eine gut lesbare Kopie der Vorder- und Rückseite des gültigen Personalausweises oder Reisepasses im Falle einer natürlichen Person.
- Eine auf den Rechtsbeistand ausgestellte Vollmacht

H. Unterschriften

Dieser Antrag besteht aus 9 Seiten. Als Antragsteller/in bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag vollständig zur Kenntnis genommen habe und die von mir gemachten Angaben vollständig und zutreffend sind. Bitte beachten Sie, dass nach Erhalt der Informationen und der Unterlagen wir unter Umständen weitere Informationen oder Unterlagen anfragen können.

Die Unterzeichner bestätigen, (bitte Zutreffendes ankreuzen)

dass Vertrag nicht abgetreten wurde. Sowohl der Vertrag als auch der Versicherungsschein wurden nicht als Sicherheit verwendet. Der Vertrag und der Versicherungsschein werden auch nach der Abwicklung der Kündigung nicht als Sicherheit gegenüber Dritten verwendet werden.

dass der Abtretungsgläubiger sein Einverständnis mit der beantragten Kündigung sowie der beantragten Auszahlung erklärt hat. (Erklärung im Original beifügen)

Darüber hinaus wird bestätigt, dass der Vertrag und der Versicherungsschein nach der Abwicklung der Kündigung nicht als Sicherheit gegenüber Dritten verwendet werden.

Sofern der Versicherungsschein und/oder die Police als Sicherheit eingesetzt wurde/en, wird die Unterschrift des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers unterhalb der vorformulierten Erklärung innerhalb dieses Formulars benötigt.

Ich bestätige, dass meine Daten gemäß dem Datenschutzhinweis von Scottish Widows Europe (SWE) verarbeitet und gespeichert werden. Für weitere Informationen lesen Sie bitte den Datenschutzhinweis auf unserer Website: <https://www.scottishwidowseurope.com/de/dataprotection.asp>

Mir ist bekannt, dass sich die Gesellschaft das Recht vorbehält, meinen Antrag nicht zu bearbeiten, und dass die Police in Kraft bleibt, wenn Angaben fehlen, unvollständig sind oder die Gesellschaft aus irgendeinem Grund nicht in der Lage ist, den Kündigungsantrag korrekt zu bearbeiten

 Unterschrift Versicherungsnehmer
 (einfache elektronische Signatur EES wird nicht akzeptiert)

 Datum (TTMMJJJJ)

 Unterschrift 2. Versicherungsnehmer (sofern gegeben)
 (einfache elektronische Signatur „EES“ wird nicht akzeptiert)

 Datum (TTMMJJJJ)

Erklärung des Abtretungsgläubigers/Pfandgläubigers **** (falls zutreffend) Als Abtretungsgläubiger/Pfandgläubiger**** stimme ich/stimmen wir** dem oben angeführten Antrag auf Auszahlung bzw. Änderung zu. Diese Änderung hat keine Auswirkungen auf die für diesen Vertrag geltende Abtretung/Verpfändung**. Die Abtretung/Verpfändung** bleibt, wie mit dem aktuellen oder damaligen Versicherungsnehmer vereinbart, bestehen.

 Unterschrift Gläubiger (sofern gegeben)
 (einfache elektronische Signatur EES wird nicht akzeptiert)

 Datum (TTMMJJJJ)

Hinweis: Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, keine Zahlungen an Personen zu leisten, die nicht der Versicherungsnehmer sind.

** unzutreffendes bitte streichen

Herausgegeben von:

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe. Das Unternehmen wurde als "Société Anonyme" nach dem Recht des Großherzogtums Luxemburg gegründet. Es hat seinen Sitz in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Luxemburg und ist unter der Nummer B228618 im luxemburgischen Handelsregister eingetragen. Das Unternehmen ist eine Versicherungsgesellschaft, die vom Commissariat aux Assurances zur Erbringung von Versicherungstätigkeiten zugelassen ist. Scottish Widows Limited ist der Markeninhaber der eingetragenen Marke "Clerical Medical", und Scottish Widows Europe sind Nutzungsrechte an dieser Marke eingeräumt worden.

Clerical Medical Customer Services
 37 Bd Joseph II
 1840 Luxembourg

Tel.: +49 40 82 21 69 752
 Fax: +352 27 94 16 13

Email: kundenservice@clericalmedicaladmin.eu

www.clericalmedical.de
www.clericalmedical.at