

Modulo di Riscatto totale

Si prega di inviare il modulo compilato e firmato da tutti i contraenti a:

Clerical Medical Customer Services
37 Boulevard Joseph II
1840 Lussemburgo
Lussemburgo

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

Si prega di utilizzare il seguente modulo per un riscatto totale. Per un riscatto parziale la preghiamo di utilizzare il modulo "Modulo di riscatto parziale" scaricabile dal nostro sito web:
<https://www.clericalmedical.com/it/prodotti/prodotti-chiusi-a-nuove-sottoscrizioni.asp>

Numero di contratto: _____

A. Contraente della polizza

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 del contraente 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. Data del riscatto e motivi

Data del riscatto:

Immediata, cioè alla data di ricezione della richiesta compilata

Data (GG/MM/AAAA) _____

Se non viene indicata alcuna data, la data di ricezione della comunicazione sarà considerata come data di riscatto desiderata.

Motivi del riscatto:

Ho bisogno del denaro per scopi personali.

Non sono soddisfatto/a dell'andamento del contratto.

Desidero investire il denaro in un altro contratto.

Altro motivo (specificare):

C. Istruzioni di pagamento, beneficiario

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 il contraente.
Le informazioni sono necessarie per identificare il terzo beneficiario del pagamento sensi della legge sul riciclaggio di denaro.

In caso di pagamento a una persona fisica diversa:

Nome completo _____

Data e luogo di nascita _____

Cittadinanza _____

Via e numero civico _____

CAP e città _____

Paese _____

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)

 Codice Fiscale (TIN)

Esiste un collegamento tra il terzo beneficiario del pagamento (come sopra individuato) e 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)

Si

No

Il terzo beneficiario del pagamento 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)

Si

No

In tal caso, si prega di fornire la ragione:

_____ e la relazione tra il contraente ed il terzo beneficiario del pagamento:

_____ Si ricorda che Il pagamento ad un soggetto diverso dal contraente è soggetto ad una specifica approvazione da parte di Scottish Widows Europe.

D. 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 presente)

 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)

Confermo che:

- Gli attivi (denaro o altri strumenti finanziari) utilizzati per pagare il premio assicurativo provengono da fonti lecite e sono conformi a tutti gli obblighi fiscali nel mio Paese di residenza fiscale (e, se applicabile, a quelli del pagatore effettivo del premio).
- Tutte le imposte su questi attivi sono state pagate o trattenute come richiesto dalla legge fiscale applicabile.
- Acconsento che Scottish Widows Europe comunichi la presente dichiarazione alle autorità qualora richiesto dalla legge applicabile alla polizza e a Scottish Widows Europe.
- Comprendo che dichiarazioni false o fuorvianti possono comportare sanzioni e la perdita dei benefici della polizza.

Si

No

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

Si

No

Contraente 2 (se presente)

Si

No

Finalità della polizza assicurativa

Copertura in caso di decesso

Fondo pensione

Altro (specificare):

Indicazioni riguardanti l'origine del patrimonio e, se applicabile, l'origine 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) Entità del patrimonio complessivo

La preghiamo di fornire informazioni sul Suo patrimonio netto, ovvero il valore totale dei Suoi beni al netto di tutte le passività (si prega di barrare la voce corrispondente).

Fino a € 50.000

Da € 50.000 a € 100.000

Da € 100.000 a € 500.000

Oltre € 500.000

3) Origine dei fondi

Si prega di fornire informazioni sulla provenienza dei fondi utilizzati per il pagamento di contributi una tantum e contributi aggiuntivi (premi assicurativi non regolari).

La preghiamo di comunicarci chi ha versato tali premi, qualora non sia stato Lei stesso a farlo. (selezionare l'opzione più corretta)

Reddito da attività professionale

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

E. Documenti richiesti

Per poter elaborare definitivamente la Sua richiesta di riscatto totale, abbiamo bisogno dei seguenti documenti:

Questo modulo deve essere correttamente compilato e firmato da tutti i contraenti (*le firme digitali non sono accettate*).

Prova della titolarità del conto/attenstazione bancaria (non più vecchia di 3 mesi)

Si prega di fornire una conferma della banca sull'intestazione e l'identificazione del titolare del conto (contraente o terzo beneficiario) (certificato d'identità bancaria - RIB) o la copia di un estratto conto. Assicurarsi che i singoli movimenti siano resi illeggibili.

Una copia leggibile del fronte e del retro di un **documento d'identità o passaporto valido del contraente**.

Una copia leggibile del fronte e del retro di un **documento d'identità o passaporto valido della/e persona/e assicurata/e** (se diversa dal contraente).

Una copia leggibile del fronte e del retro di un **documento d'identità o passaporto valido del terzo beneficiario del pagamento** (o, in caso di persona giuridica, un estratto del registro delle imprese; atto costitutivo/statuto; elenco dei soci/membri e dei titolari effettivi) (se applicabile).

Un certificato di residenza (rilasciato da non più di 3 mesi) o, in alternativa, una bolletta del gas, dell'elettricità o dell'acqua su cui siano indicati il nome e l'indirizzo del contraente.

Se il contraente non agisce a proprio nome e per proprio conto, sono necessari i seguenti documenti aggiuntivi.

a) In caso di persona fisica diversa:

- Una copia leggibile del fronte e del retro di un documento d'identità valido.
- Una procura corrispondente.

b) In caso di persona giuridica diversa:

- Un estratto del registro delle imprese (non più vecchio di 90 giorni).
- Una copia dell'ultimo statuto / atto costitutivo della società.
- Una copia dell'ultimo elenco dei soci (compresi i diritti di voto) / registro delle quote (compresi i diritti di voto), se le quote societarie non sono documentate nello statuto o nell'atto costitutivo della società.
- Un estratto del registro della trasparenza (non più vecchio di 90 giorni) (se disponibile).
- La procura attestante i poteri rappresentativi.

F. Firme

Il presente modulo è composto da 7 pagine. In qualità di richiedente, confermo di aver ricevuto tutte le pagine del modulo, di averne preso visione completa e che le informazioni da me fornite sono complete e veritiere.

I firmatari confermano (Si prega di barrare la casella corrispondente)

Il contratto non è stato ceduto. Né il contratto né la polizza assicurativa sono stati utilizzati come garanzia.

che il creditore cessionario ha dichiarato il proprio consenso al riscatto richiesto nonché al pagamento richiesto. (Allegare la dichiarazione in originale)

Qualora la polizza assicurativa e/o la polizza siano state utilizzate come garanzia, è necessaria la firma del cessionario/creditore pignoratorio sotto la dichiarazione prestabilita all'interno del presente modulo.

Confermo che i miei dati saranno trattati e conservati in conformità con l'informativa sulla privacy di Scottish Widows Europe (SWE). Per ulteriori informazioni, si prega di consultare l'informativa sulla privacy sul nostro sito web: <https://www.scottishwidowseurope.com/it/dataprotection.asp>

Sono consapevole che la società si riserva il diritto di non elaborare la mia richiesta se le informazioni fornite sono incomplete o se, per qualsiasi motivo, la società non è in grado di elaborare correttamente la richiesta.

Firma del contraente (le firme digitali non sono accettate)

Data (GG/MM/AAAA)

Firma del secondo contraente (se presente) (le firme digitali non sono accettate)

Data (GG/MM/AAAA)

Firma del beneficiario del pagamento (se diverso dal contraente dell'assicurazione)
(le firme digitali non sono accettate)

Data (GG/MM/AAAA)

Dichiarazione del creditore cessionario/creditore pignoratorio** (se applicabile). In qualità di cessionario/creditore pignoratorio**, io/noi** acconsento/acconsentiamo alla sopra indicata richiesta di riscatto totale e rinuncio/rinunciamo nei confronti di SWE a tutte le pretese di credito sulla presente polizza.

Firma del creditore (se presente)
(le firme digitali non sono accettate)

Data (GG/MM/AAAA)

Disclaimer: La compagnia assicurativa può rifiutarsi di pagare i benefici a terze persone che non sono titolari della polizza.

** Cancellare la dicitura non pertinente

Pubblicato da:

Clerical Medical è una denominazione commerciale di Scottish Widows Europe, una società costituita in forma di "Société Anonyme" ai sensi delle leggi del Granducato di Lussemburgo, con sede legale in 2, rue Albert Borschette, L-1246 Lussemburgo e registrata presso il Registro delle Imprese del Lussemburgo con il numero B228618. La società è un'impresa di assicurazione autorizzata a fornire attività assicurative dal Commissariat aux Assurances. Il marchio Clerical Medical è di proprietà di Scottish Widows Limited e concesso in licenza a Scottish Widows Europe.

Clerical Medical Customer Services
37 Bd Joseph II 1840 Lussemburgo
1840 Lussemburgo

Tel.: +39 0471 1431003

Email: cs-italia@admin.clericalmedical.com
<https://www.clericalmedical.com/it>