BPMVITA

Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a:
  Bipiemme Vita S.p.A. - Direzione Operation, Via Lazzaroni n. 3, 20124 Milano
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti.bpmvita@pec.it**
- alla competente filiale della Banca Intermediaria

RICHIESTA PAGAMENTO DEL CAPITALE A SCADENZA

AVVERTENZE:

- **Il presente modulo è stato predisposto da Bipiemme Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili alla liquidazione della prestazione maturata a scadenza**;
- La richiesta, ove effettuata con il presente modulo, deve essere **compilata e sottoscritta dal Contraente** della Polizza.

CONTRAENTE

Il sottoscritto Nome e Cognome	
Codice Fiscale	
Residente in via	
Comune e Provincia	
Recapito telefonico	
E-mail	

in qualità di Contraente della polizza numero _____ **richiedo**

il pagamento del capitale maturato a scadenza mediante accredito sul seguente conto corrente a me intestato:

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ , _____
Luogo Data

_____
Firma del Contraente

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL CONTRAENTE

Documento d'identità _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data / /

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- o Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale** del Contraente;
- o modulistica FATCA/CRS compilata e sottoscritta dal Contraente;
- o modulo aggiornamento dati di Adeguata Verifica.

ATTENZIONE: LE RICHIESTE DI PAGAMENTO INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI O DELLA DOCUMENTAZIONE COMPORTERANNO TEMPI DI LIQUIDAZIONE PIÙ LUNGHI

AUTOCERTIFICAZIONE – PERSONE FISICHE
FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) E CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Alla Compagnia Bipiemme Vita S.p.A.

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE

- Nome: ……..
- Cognome: ……..
- Data di nascita: ……
- Luogo di nascita: ……..
- Paese di nascita: ……..……
- Codice Fiscale: ……..
- Cittadinanza/e: ……
- Indirizzo di residenza [Via, Città; Paese]: ……..…..……..……
- Indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, casella postale/indirizzo di fermo posta): ……..

  ……..
- Indirizzo e-mail: ……
- Numero di Telefono: ……..
- Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO

Se SI, indicare il paese di destinazione dei fondi: ……..

- Procura o potestà di firma attualmente valida conferita ad un soggetto con indirizzo estero: SI /NO

Se SI, compilare i campi seguenti:

Nome e Cognome Delegato ……..……

Indirizzo di residenza del Delegato ……..……..

- Paese/i di residenza fiscale:

☐ **ITALIA**

☐ **USA**

☐ **ALTRO** specificare: ……..……..

E' consentito barrare più caselle (es. Italia e Altro) in relazione alle residenze fiscali effettivamente possedute

Il Cliente si impegna, sottoscrivendo la presente autocertificazione, a informare prontamente la Compagnia nel caso in cui si verifichino cambiamenti di circostanza in merito alle informazioni riportate, al fine di consentire alla Compagnia di richiedere, eventualmente, un nuovo modulo di autocertificazione per confermare la residenza fiscale dichiarata dal Cliente.

Il presente documento è redatto in forma scritta ovvero, previo accordo delle parti, sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente.

Alla luce delle informazioni precedentemente fornite,

io sottoscritto/a (Nome e Cognome) ……

dichiaro

- di avere il seguente "**Status FATCA**":

☐ **US Person** (indicare anche il relativo Codice fiscale statunitense **TIN**……)

Si considera "US Person" qualsiasi persona in possesso della cittadinanza US (anche solo per nascita) e/o della residenza US

☐ **NON US Person**

Si considera "NON US Person" qualsiasi persona che non è in possesso della cittadinanza US (anche solo per nascita) e/o della residenza US

dichiaro inoltre

- di avere il seguente "**Status CRS**":

☐ **Foreign** (indicare anche il relativo Codice fiscale estero **TIN**……..……)

Si considera "Foreign" qualsiasi persona in possesso di una residenza fiscale estera diversa da quella italiana

☐ **NON Foreign**

Si considera "NON Foreign" qualsiasi persona in possesso della sola residenza fiscale italiana

(Qualora il Codice fiscale estero (TIN) non venga rilasciato dal paese presso il quale viene dichiarata la propria residenza fiscale estera, barrare la seguente casella: ☐)

- e di essere quindi residente ai fini fiscali in .....

Luogo e data: _____

Firma: _____

BPMVITA

MODULO DI AGGIORNAMENTO DATI DI ADEGUATA VERIFICA – PF

Numero conto corrente: _____

Numero Polizza: _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL CLIENTE

Dati anagrafici

Nome e Cognome: _____Codice Fiscale: _____

Residenza

Indirizzo: _____CAP: _____Comune: _____

Provincia: _____Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____CAP: _____Comune: _____

Provincia: _____Nazione: _____

Documento identificativo

Tipo documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente di guida ☐ Passaporto ☐ Porto d'armi ☐ Altro documento:_____

Estremi del documento: _____Emesso il: _____ Scadenza: _____

Ente di rilascio: _____Nazione di rilascio: _____

Professione attuale

☐ Imprenditore ☐ Libero Professionista ☐ Lavoratore Dipendente ☐ Pensionato ☐ Dirigente / Soggetto Apicale
☐ Studente ☐ Casalinga ☐ Disoccupato ☐ Altro (specificare): _____

DICHIARAZIONE e FIRMA del Cliente

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 22 e 55 del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale derivante da omesse/mendaci dichiarazioni:

a. dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società/persone fisiche per conto delle quali eventualmente opera;

b. si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa, penale per dichiarazioni non veritiere;

c. si impegna a comunicare senza ritardo a Bipiemme Vita ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo;

d. è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità dio eseguire l'operazione richiesta.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del Cliente: _____