

MODULO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE A SCADENZA - Persona Fisica

Il Beneficiario della prestazione può richiedere la liquidazione a scadenza del contratto inoltrando il presente modulo, corredato della documentazione da allegare, mediante raccomandata AR ai nostri uffici: **Atlantilux Lebensversicherung S.A., Via Roberto Lepetit 8/10 - 20124 Milano.** Per le condizioni a scadenza si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del fascicolo di polizza (si veda anche la sezione PRODOTTI del sito www.atlantilux.it)

RACCOMANDATA A.R.

Spett.
ATLANTICLUX S.A.
Via Lepetit 8/10
20124 Milano

Numero di polizza _____

Contraente (Nome e Cognome/Ragione Sociale) _____

Il sottoscritto, Beneficiario della suddetta polizza, Nome e Cognome_____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Luogo e Stato di nascita _____ Sesso F/M _____

chiede

la liquidazione a scadenza del contratto come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione per **scadenza** del termine previsto contrattualmente per il riscatto; a tal fine, dichiara che l'Assicurato (Nome e Cognome) _____ è ancora in vita e allega alla presente copia del documento d'identità del medesimo, il quale sottoscrive a sua volta la presente richiesta per accettazione.

A tal proposito fornisce:

DATI DEL BENEFICIARIO

Indirizzo di Residenza (via, numero) _____ CAP _____

Luogo di residenza Provincia Stato

Recapiti: Telefono _____ Email _____

Nazionalità ☐ Italiana ☐ Altro, indicare _____

Professione o classe di attività_____

Territorialità Fiscale di appartenenza ☐ Italia ☐ USA ☐ e/o _____

Relazione con il Contraente (se diverso)_____

Documento di riconoscimento

Tipo ☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto

Numero documento _____ Data Emissione ____/____/____ Data Scadenza ____/____/____

Autorità Emittente _____ Luogo di Emissione _____

Individuazione Persone Politicamente Esposte

- Ha o ha avuto cariche pubbliche importanti in Italia o in qualsiasi altra nazione?

Cariche pubbliche importanti: Capo di Stato, Capo di Governo, Ministro, Vice ministro, Segretario di Stato o Sottosegretario di Stato, Membro del Parlamento, Membro della Corte Suprema o della Corte Costituzionale o di altri enti, le cui decisioni non siano soggette a ricorso o appello, Membro della Corte dei Conti o di Consigli di Amministrazione delle banche centrali, Ambasciatore, Incaricato d'Affari e Ufficiale di alto livello delle Forze Armate, Membri degli organi di amministrazione, direzione e vigilanza delle imprese possedute dallo Stato

☐ **Si** ☐ **No** Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

- Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti?

Familiari: Coniugi o persone con cui ha una relazione sentimentale stabile, genitori o figli o coniugi dei figli.

☐ **Si** ☐ **No** Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio

- Attualmente lavora o collabora a stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti?

Condizione di stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti: persone che notoriamente controllano uno strumento o una persona giuridica con cariche pubbliche importanti, o che collaborano a stretto contatto con suddette persone

☐ **Si** ☐ **No** Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio

MODALITA' DI PAGAMENTO: il Beneficiario chiede che il pagamento della prestazione venga liquidato sul conto corrente, di cui è intestatario, avente le seguenti coordinate

Banca

[illegible][illegible]

DATI DELL'ESECUTORE (es: Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno) – ove presente

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita ____/____/____
Luogo e Stato di nascita _____ Sesso F/M _____
Indirizzo di Residenza (via, numero) _____ CAP _____
Luogo di residenza _____ Provincia _____ Stato _____
Recapiti: Telefono _____ Email _____
Nazionalità ☐ Italiana ☐ Altro, indicare _____
Professione o classe di attività _____
Territorialità Fiscale di appartenenza ☐ Italia ☐ USA ☐ e/o _____
Relazione con il Beneficiario _____

Documento di riconoscimento

Tipo ☐ Carta d'Identità ☐ Patente ☐ Passaporto
Numero documento _____ Data Emissione ____/____/____ Data Scadenza ____/____/____
Autorità Emittente _____ Luogo di Emissione _____

Individuazione Persone Politicamente Esposte

- Ha o ha avuto cariche pubbliche importanti in Italia o in qualsiasi altra nazione?

Cariche pubbliche importanti: Capo di Stato, Capo di Governo, Ministro, Vice ministro, Segretario di Stato o Sottosegretario di Stato, Membro del Parlamento, Membro della Corte Suprema o della Corte Costituzionale o di altri enti, le cui decisioni non siano soggette a ricorso o appello, Membro della Corte dei Conti o di Consigli di Amministrazione delle banche centrali, Ambasciatore, Incaricato d'Affari e Ufficiale di alto livello delle Forze Armate, Membri degli organi di amministrazione, direzione e vigilanza delle imprese possedute dallo Stato

☐ Si ☐ No Se Sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

- Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti?

Familiari: Coniugi o persone con cui ha una relazione sentimentale stabile, genitori o figli o coniugi dei figli.

☐ Si ☐ No Se Sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

- Attualmente lavora o collabora a stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti?

Condizione di stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti: persone che notoriamente controllano uno strumento o una persona giuridica con cariche pubbliche importanti, o che collaborano a stretto contatto con suddette persone

☐ Si ☐ No Se Sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

Documentazione da allegare al presente modulo:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del Beneficiario.
- In caso di beneficiario diverso dall'assicurato, copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato
- In caso di Residenza Fiscale diversa dall'Italia, modulistica attestante la propria Residenza Fiscale in conformità alla normativa F.A.T.C.A. e C.R.S.
- In caso di Beneficiari minorenni / persona incapace di agire:
 - copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la riscossione degli importi ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine all'impiego delle somme liquidate
 - Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale dell'esecutore
 - documentazione attestante la facoltà di agire per conto del Beneficiario (es. procura autenticata)

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria.

La Compagnia potrà eseguire il pagamento dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta corredata da tutta la documentazione ritenuta necessaria.

Data e firma del Sottoscrittore

Il sottoscritto Beneficiario/Esecutore, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati identificativi riprodotti negli appositi campi della presente scheda corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza relativamente all'eventuale titolare effettivo del rapporto.

Luogo e data

Firma del Beneficiario/Esecutore

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Il Beneficiario, l'Esecutore e l'Assicurato (se persone diverse) dichiarano di aver ricevuto dalla Compagnia l'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione alla quale acconsentono espressamente, ai sensi del citato decreto legislativo, al trattamento ed alla comunicazione dei loro dati personali ai termini ed alle condizioni previsti dalla vigente normativa.

Luogo e data

Nome, Cognome e Firma del Beneficiario/Esecutore

Se il Beneficiario è diverso dall'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato

Firma dell'Assicurato

Se il contratto è Vincolato

Vincolatario/Creditore Pignoratizio

Firma del Vincolatario/Creditore Pignoratizio
