Spett.le
GamaLife - Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Liquidazioni Vita
Via Benigno Crespi, 17
20159 Milano

GamaLife

Richiesta di liquidazione Polizza Vita n. _____ Prodotto _____

Intermediario: Descrizione_____ Codice_____ Punto Vendita_____

ISTRUZIONI per la compilazione

- In caso di richiesta di sinistro per decesso dell'assicurato, se l'assicurato è anche il contraente, procedere con la compilazione delle sezioni A, B, C, E.
- In caso di richiesta di liquidazione per recesso, procedere con la compilazione delle sezioni A, B, C, D.
- In tutti gli altri tipi di liquidazione: - se la richiesta viene effettuata dal contraente stesso, procedere con la compilazione delle sezioni A, B, C, D.
  - se la richiesta viene effettuata da soggetto diverso dal contraente, procedere con la compilazione delle sezioni A, B, C, D, E.

A Il/La sottoscritto/a

Cognome (o Ragione Sociale)_____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Indirizzo di residenza/Sede: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza __ Stato di residenza

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio __ Stato di domicilio

INDIRIZZO E-MAIL _____

In caso di Persona diversa da Persona Fisica - Legale Rappresentante

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Indirizzo di residenza/Sede: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza __ Stato di residenza

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio ____ Stato di domicilio

Il Legale Rappresentante dichiara sotto la propria responsabilità:

☐ di aver sottoscritto la suddetta polizza nell'ambito della propria attività d'impresa e quindi il rendimento riconosciuto dalla polizza rientra tra i redditi d'impresa

☐ di aver sottoscritto la suddetta polizza, ma di non svolgere attività commerciale e pertanto di essere soggetto a ritenuta titolo definitivo

Estremi del documento di riconoscimento

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Copia 1

Quale Contraente o Beneficiario della polizza vita sopra indicata, CHIEDE, la liquidazione della stessa per:

☐ **Scadenza:** con pagamento ☐ Capitale ☐ Borsa di studio ☐ Rendita Frazionamento_____

☐ **Sinistro** ☐ Morte ☐ Invalidità ☐ Malattia grave ☐ Long Term Care

☐ **Riscatto totale** ☐ Altro ☐ Spese sanitarie ☐ Acquisto prima casa

☐ **Riscatto parziale,** pari al_____% del valore del contratto **Prestito:** ☐ max disponibile ☐ pari a L _____

☐ **Riscatto parziale,** pari a L_____ ☐ Altro ☐ Spese sanitarie ☐ Acquisto prima casa

☐ **Multinvest*** ☐ **Unit*** - Riscatto con conversione in rendita (specificare tipo)_____

- Riscatto parziale, pari al_____% ☐al lordo ☐al netto delle penali

☐ **Recesso -** Motivazione: _____

In caso di liquidazione per riscatto, indicare il motivo del riscatto:

☐ Necessità di liquidità ☐ Motivi di salute

☐ Non più coerente con le esigenze del cliente ☐ Acquisto immobile

☐ Altro (specificare) _____

*Qualora il Contraente desse disposizione di effettuare più di una operazione sulla stessa Polizza nel medesimo giorno, la Società darà per prima esecuzione alle richieste di investimento dei premi, successivamente alle operazioni di switch ed infine alle operazioni di disinvestimento.

B Modalità di pagamento

☐ **BONIFICO BANCARIO** sul conto intestato necessariamente all'avente diritto

Banca_____Filiale_____

		N. Contr.		CIN	ABI					CAB					Numero di c/c											

Se intestatario residente all'Estero, indicare il motivo del bonifico su conto Italiano _____

Se Bonifico Estero:

Indicare il paese estero_____

Indicare il motivo _____

indicare il Bic code/ Swift _____

Se conto sottorubricato:

indicare il numero di sottorubrica _____

indicare intestatario sottorubrica ☐il Contraente ☐Soggetto Terzo

Se il conto corrente/conto sottorubricato di destinazione dei fondi è cointestato:

indicare il nominativo del soggetto cointestatario: _____

indicare la relazione tra Contraente e soggetto cointestatario del conto corrente/conto sottorubricato _____ (Allegato D)

☐ Reimpiego (operazione non prevista per il recesso):

☐ **Totale in proposta n.**_____ ☐**Totale in versamento aggiuntivo su polizza n.**_____

☐ **Versamento aggiuntivo di** L_____ su polizza n. _____

☐ **Parziale di** L_____ in proposta n. _____

☐ **Totale più integrazione proposta n.**_____ importo fino a L _____

C Dati anagrafici nei casi di soggetto terzo (solo per Persona Fisica) - definizione in allegato I

Il soggetto terzo è

☐ a) Esecutore ☐ a.1) di minore ☐ b) Percipiente diverso da beneficiario per prodotto di previdenza scolastica

☐ a.2) di incapace di agire

Se munito di potere di rappresentanza, indicare quale:

☐ Delegato ☐ Tutore ☐ Trustee ☐ Altro _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ☐ F ☐

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____/____/____

Comune di nascita _____ Provincia _____ Stato _____

Cittadinanza 1 _____ Cittadinanza 2 _____ Telefono _____

Indirizzo di residenza: via, numero civico _____

C.A.P. di residenza _____ Località di residenza _____ Provincia di residenza __ Stato di residenza

Indirizzo di domicilio (se diverso da indirizzo di Residenza per persone fisiche):

via, numero civico _____

C.A.P. di domicilio _____ Località di domicilio _____ Provincia di domicilio __ Stato di domicilio

INDIRIZZO E-MAIL _____

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Il soggetto terzo dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (definizione in allegato G): ☐ SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

**es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica

Il soggetto terzo dichiara che la relazione tra il soggetto terzo ed il Contraente/Titolare Effettivo è la seguente: _____ (Allegato D)

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A) Sede attività prevalente: Stato _____ Provincia _____

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività : _____ (Allegato C)

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI ☐ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI ☐ NO Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

D Aggiornamento dati Contraente in caso di presenza di contraente Fiduciaria è necessario compilare anche la sezione E

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? ☐ Sì ☐ No Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? ☐ Sì ☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio:

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e l'assicurato è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO MORTE è la seguente: _____ (Allegato D)

Contraente: Dichiaro che la relazione tra il sottoscritto /Titolari Effettivi e il beneficiario CASO VITA è la seguente: _____ (Allegato D)

(ove previsto dalla forma assic.)

Contraente Persona Fisica
Dati Personali

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Il Contraente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (definizione in allegato G): SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

**es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Se è stato selezionata «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività : _____ (Allegato C)

Situazione Finanziaria

Reddito annuo:
(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 30.000 E ☐ Fino a 60.000 E ☐ Fino a 100.000 E
☐ Fino a 250.000 E ☐ Fino a 500.000 E ☐ Oltre 500.000 E

Patrimonio finanziario inclusa la liquidità:
(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 100.000 E ☐ Fino a 250.000 E ☐ Fino a 500.000 E
☐ Fino a 1.000.000 E ☐ Oltre a 1.000.000 E

Contraente diverso da Persona Fisica
Dati Societari

Indicare se iscrizione: ☐ a registro imprese (CCIAA REA), n° iscrizione: _____

☐ a registro delle persone giuridiche, n° iscrizione: _____

Se è iscritto ad un Albo, specificare:

Autorità: ☐ IVASS ☐ COVIP ☐ CONSOB ☐ BANCA D'Italia ☐ Nessuna

Nome Albo _____ n° Iscrizione _____ Data di iscrizione ____/____/____

Codice prevalente attività svolta, se "Altro" specificare: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta: Stato _____ Provincia _____

Tipo Società _____ (Allegato B)

Codice Sottogruppo _____ (allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se il Contraente è una società fiduciaria, indicare il numero di mandato _____

Intestatario mandato fiduciario ☐ Persona Fisica ☐ Soggetto diverso da Persona Fisica

La Società ha azionariato fiduciario ☐ SI ☐ NO La Società è quotata ☐ SI ☐ NO

L'attività d'Impresa include relazioni con paesi Esteri? ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare i primi 3 paesi con cui si ha relazione: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Specificare il motivo della relazione _____

Se è stato scelto un Beneficiario diverso dall'impresa stessa, specificarne il motivo: _____

Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte. Classe di beneficiari: _____

Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva (definizione in allegato M) SI ☐ NO

Dati Legale Rappresentante

Tipo documento: codice e descrizione _____ Numero documento _____

Ente di rilascio _____ Località di rilascio _____

Data di rilascio _____ Data di scadenza _____

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Situazione Finanziaria

Indicare il fatturato annuo:
(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 1.000.000 E ☐ Fino a 7.000.000 E ☐ Fino a 30.000.000 E ☐ Oltre 30.000.000 E

Patrimonio finanziario inclusa la liquidità:
(selezionare una sola opzione)

☐ Fino a 100.000 E ☐ Fino a 250.000 E ☐ Fino a 500.000 E ☐ Fino a 1.000.000 E
☐ Fino a 5.000.000 E ☐ Fino a 10.000.000 E ☐ Fino a 50.000.000 E ☐ Oltre 50.000.000 E

Dati Titolari Effettivi - *definizione in allegato H* da compilare obbligatoriamente per i soggetti diversi dalle persone fisiche

Titolare Effettivo 1 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 1: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 2 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 2: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 3 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 3 è Persona Politicamente Esposta☐ Sì ☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 4 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 4: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione
**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.
N.B.Qualora fossero presenti più di 4 Titolari effettivi, compilare il modulo a parte per i Titolari Effettivi.

E Dati adeguata verifica del Richiedente

Persona Fisica

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? SI ☐ NO Se SI, TIN/ GIIN: _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? SI ☐ NO Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice Fiscale Estero NIF1 _____

Stato residenza 2 _____ Codice Fiscale Estero NIF2 _____

Il richiedente dichiara di essere Persona Politicamente Esposta (definizione in allegato G): ☐ SI ☐ NO Se Si: Indicare se in Carica ☐ SI ☐ NO

Indicare carica ricoperta* _____

*se P.E.P. in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

**es. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica

il richiedente dichiara che la relazione tra il richiedente ed il Contraente/Titolare Effettivo è la seguente: _____ (Allegato D)

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Se è stato selezionata «16. Pensionato» allora specificare attività precedente: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Codice SOTTOGRUPPO _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se è stato selezionato codice Sottogruppo «600» allora specificare ambito attività : _____ (Allegato C)

Soggetto diverso da Persona Fisica

GIIN (Global Intermediary Identification Number) _____

Indicare se iscrizione: ☐ a registro imprese (CCIAA REA), n° iscrizione: _____

☐ a registro delle persone giuridiche, n° iscrizione: _____

Se è iscritto ad un Albo, specificare:

Autorità: ☐ IVASS ☐ COVIP ☐ CONSOB ☐ BANCA D'Italia ☐ Nessuna

Nome Albo _____ n° Iscrizione _____ Data di iscrizione ____/____/____

Codice prevalente attività svolta, se "Altro" specificare: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Tipo Società _____ (Allegato B)

Codice Sottogruppo _____ (Allegato E) Codice ATECO _____ (Allegato F)

Se il Contraente è una società fiduciaria, indicare il numero di mandato _____

Intestatario mandato fiduciario ☐ Persona Fisica ☐ Soggetto diverso da Persona Fisica

La Società ha azionariato fiduciario ☐ SI ☐ NO La Società è quotata ☐ SI ☐ NO

L'attività d'Impresa include relazioni con paesi Esteri? ☐ SI ☐ NO

Se si, indicare i primi 3 paesi con cui si ha relazione: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Specificare il motivo della relazione _____

Se è stato scelto un Beneficiario diverso dall'impresa stessa, specificarne il motivo: _____

Se il cliente è un'organizzazione non profit, indicare la classe di beneficiari cui si rivolgono le attività svolte. Classe di beneficiari: _____

Il Contraente Persona Giuridica è un'Entità Non Finanziaria Passiva (definizione in allegato M) SI ☐ NO

Legale Rappresentante - Dati anagrafici (solo per Richiedente diverso da Persona Fisica)

Codice prevalente attività svolta: _____ (Allegato A)

Sede prevalente attività svolta Stato _____ Provincia _____

Dati Titolari Effettivi - *definizione in allegato H* da compilare obbligatoriamente per i soggetti diversi dalle persone fisiche

Titolare Effettivo 1 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 1: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 2 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 2: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 3 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 3 è Persona Politicamente Esposta☐ Sì ☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

Titolare Effettivo 4 **%partecipazione** *(Da indicare se qualifica è "socio/proprietario")* _____

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ ☐M ☐F

Data di Nascita (gg/mm/aaaa) ___/_____/_____

Comune di nascita_____ Prov. _____Stato di nascita _____

Cittadinanza 1_____ Cittadinanza 2_____

Indirizzo di Residenza (Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Indirizzo di Domicilio (se diversi da quello di residenza)

(Via, numero) _____

Città _____

CAP_____Prov._____Nazione_____

Tipo documento_____ N. Documento _____

Data Rilascio/Rinnovo (gg/mm/aaaa)___/___/___ Data di scadenza (gg/mm/aaaa)___/___/___

Rilasciato da_____ Luogo di Rilascio _____

Paga le tasse negli Stati Uniti d'America/US Territories? Sì☐ No

Se sì, indicare codice TIN _____

Ha la Residenza Fiscale in uno Stato diverso dall'Italia? Sì☐ No Se sì, indicare:

Stato residenza 1 _____ Codice identif Fiscale _____

Stato residenza 2 _____ Codice identif Fiscale _____

Codice prevalente Attività svolta (Allegato A): _____

Sede prevalente Attività svolta (Stato) _____ (Provincia) _____

Si dichiara che il Titolare Effettivo 4: è Persona Politicamente Esposta☐ Sì☐ No

Se si, indicare se è in carica☐ Sì☐ No Indicare carica ricoperta* _____

Se presenti altre cariche pubbliche diverse da P.E.P.**, indicare quali _____

Qualifica: *(selezionare una sola opzione)* ☐ Fiduciante ☐Disponente Trust ☐Beneficiario Trust ☐Legale Rappresentante ☐Socio/Proprietario ☐ Altro _____

*se P.E.P. (definizione in allegato G) in quanto familiare di P.E.P o soggetto con stretti legami con P.E.P., indicare anche il nominativo di chi ricopre la carica e il tipo di relazione
**esempio di altre cariche diverse da P.E.P. amministratori locali, soggetti con ruoli apicali nelle pubbliche amministrazioni, consorzi e associazioni di natura pubblicistica.
N.B.Qualora fossero presenti più di 4 Titolari effettivi, compilare il modulo a parte per i Titolari Effettivi.

F Data e firma del Sottoscrittore

Il Contraente dichiara di essere stato informato della possibilità di recarsi da un intermediario della Compagnia al fine di ricevere supporto per la compilazione della richiesta e di aver preferito procedere autonomamente

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

Luogo e Data _____

Firma del Contraente: Cognome e Nome / Denominazione Sociale e indicazione dei dati (Cognome e Nome) del legale rappresentante

→ _____

Firma del'assicurato

→ _____

Consenso "Paperless":
Il contraente/legale rappresentante presta il proprio consenso alla trasmissione in formato elettronico della documentazione e delle comunicazioni relative al rapporto contrattuale che progressivamente verranno rese disponibili in formato elettronico. A tal fine, fornisce un indirizzo e-mail esistente, abilitato alla ricezione di messaggistica e non appartenente all'intermediario, impegnandosi a comunicare tempestivamente e per iscritto ogni eventuale variazione al riguardo

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al presente documento e consapevole delle responsabilità penali previste dal D. Lgs. n. 231/07 e s.m.i in caso informazioni false o non veritiere:

- Dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai sensi e per gli effetti della vigente normativa per il contrasto del «riciclaggio di capitali e del finanziamento del terrorismo» e che le stesse corrispondono al vero.
- Dichiara inoltre che, ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica, l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- Dichiara infine di essere a conoscenza che le dichiarazioni sono sottoposte a verifica e profilatura del rischio e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'accensione dei rapporti o all'esecuzione delle operazioni richieste, ivi incluse le modifiche contrattuali relative all'accettazione di nuovi versamenti aggiuntivi non obbligatori e alla designazione di nuovi beneficiari.

Luogo e Data di compilazione _____

Firma leggibile del Contraente/Legale Rappresentante → _____

Tipologie di liquidazione e documentazione richiesta

	Scadenza	Rendita	Prestito	Riscatto	Prod. di previdenza scolastica	Riscatto per spese sanitarie	Riscatto per acquisto prima casa
Modello di richiesta liquidazione	X	X	X	X	X	X	X
Copia documento di riconoscimento	X	X	X	X	X	X	X
Condizioni conversione rendita/borsa di studio - Mod. W.0026		X			X		
Diploma o attestazione sostitutiva dell'istituto					X		
Se Beneficiario della liquidazione è Persona Giuridica, visura camerale, per Ente non iscritto al Pubblico Registro, atto che giustifichi il rapporto di rappresentanza del soggetto che agisce in nome e per conto dell'Ente	X		X	X		X	X
Condizioni di prestito - Mod. 8.881			X				
Documento che attesti iscrizione università con specificata anni durata corso					X		
Modulo W9 / W8 BEN-E da compilare in conformità alla normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)	X		X	X	X	X	X
Decreto di nomina del Giudice Tutelare e documento di identità dell'eventuale esecutore del beneficiario	X	X	X	X	X	X	X
Certificazione rilasciata da una struttura pubblica competente che certifichi il carattere straordinario della terapia o intervento con indicazione del preventivo di spesa						X	
Copia del rogito, in alternativa compromesso completo di attestazione notarile o autocertificazione indicante chi sarà l'intestatario della casa e che l'immobile costituisce la prima casa di abitazione							X
Certificato storico di famiglia e documento di identità del familiare (nel caso in cui la richiesta sia presentata per il coniuge o i figli)						X	X

Documenti da allegare in caso di decesso dell'Assicurato:

- Modello di richiesta liquidazione per ogni beneficiario
- Copia di un documento di identità valido per ogni beneficiario
- Certificato di morte dell'Assicurato
- Documento riportante la causa del decesso dell'Assicurato (Istat o Certificato Necroscopico)
- Atto di notorietà dal quale risulti chi sono gli eredi dell'Assicurato e se lo stesso ha lasciato testamento. Per liquidazioni inferiori a 200.000 Euro, dichiarazione sostitutiva redatta davanti ad un segretario comunale (la Compagnia mette a disposizione dei beneficiari un modello compilabile)
- Per Beneficiari minorenni, decreto del giudice tutelare
- In presenza di Testamento, copia del verbale di deposito e pubblicazione redatto da un notaio ed indicante che il testamento è l'ultimo conosciuto, è valido e non impugnato
- Modulo W9 / W8 BEN-E da compilare in conformità alla normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)
- Decreto di nomina del Giudice Tutelare e documento di identità dell'eventuale esecutore del beneficiario

Inoltre, se la Polizza è una Temporanea Caso Morte o prevede una copertura aggiuntiva in "CASO DI MORTE":

- Relazione sanitaria redatta dal medico curante (la Compagnia mette a disposizione dei beneficiari un modello compilabile)
- Cartelle cliniche di eventuali ricoveri avvenuti nei 60 mesi precedenti
- Relazione Autorità competenti in caso di incidenti e morti violente

La Compagnia mette a disposizione un modello di dichiarazione di impossibilità a reperire la documentazione medica e una Procura con cui i beneficiari possono delegare GamaLife S.A. a richiedere quanto necessario.