ridefiniamo / gli standard

Polizza Vita N°:	ex Compagnia: ☐ Abeille ☐AXA ☐ Allsecures ☐UAP	Richiesta N: .....

DATI DEL BENEFICIARIO (Persona fisica)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Nazione di Cittadinanza 1	Nazione di Cittadinanza 2 *(eventuale)*	Professione
Tipo Documento	N°	Rilasciato il	Ente emittente	Luogo Emissione (Prov.)
Settore	SAE	RAE	
ATECO			

☐ Il richiedente chiede che l'importo venga pagato con ☐ PNA(reinvestimento), ☐ Assegno o con ☐ Bonifico Bancario sul C/C intestato a: .....

Codice IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Il Richiedente dichiara di essere consapevole e d'accordo che dalla data della presente, la copertura assicurativa deve intendersi cessata definitivamente per la sola richiesta di riscatto totale e rimarrà in vigore sulla disponibilità residua, in caso di richiesta di riscatto parziale.

☐ In caso di REINVESTIMENTO: Il sottoscritto Contraente/Rappresentante legale sceglie di reinvestire nel prodotto indicato il valore di riscatto della polizza suddetta e dichiara di aver ricevuto l'allegato di confronto e l'informativa precontrattuale del prodotto di destinazione.

Data richiesta	Data ricevimento Documentazione	Firma dell'Incaricato	**Firma del Richiedente**
_____	_____	_____	_____

(*) In caso di minori la richiesta va avanzata dal Tutore allegando il documento di autorizzazione del Giudice Tutelare

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA AI FINI FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) PER LE SOLE PERSONE FISICHE (beneficiario)

Dal 1° luglio 2014 è in vigore la normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), finalizzata a contrastare l'evasione fiscale perpetrata da contribuenti statunitensi attraverso investimenti in conti finanziari detenuti presso istituzioni finanziarie non statunitensi. Per adempiere agli obblighi previsti dalle disposizioni FATCA, le società del Gruppo AXA, considerate istituzioni finanziarie ai fini FATCA, sono tenute ad acquisire/aggiornare i dati identificativi dei propri clienti, al fine di determinarne l'effettivo status di contribuenti statunitensi/non statunitensi, con obbligo di segnalare all'autorità fiscale statunitense (Internal Revenue Service) i dati anagrafici e patrimoniali di clienti ritenuti contribuenti USA. Su queste premesse, Le chiediamo di rispondere alle domande del questionario sotto riportato, allegando la documentazione eventualmente richiesta. Precisiamo che l'assenza di prove documentali o l'impossibilità di accertare il Suo status di contribuente non statunitense, nei casi in cui siano stati rilevati altrimenti indizi di "americanità", comporterà l'obbligo per le società del Gruppo AXA di comunicare i dati dei soggetti interessati alle autorità fiscali americane (IRS) per il tramite dell'Agenzia delle Entrate italiana, esponendo i soggetti interessati al rischio di controlli da parte delle autorità medesime.

INDICAZIONE DELLO STATUS DI CITTADINO O RESIDENTE USA DEL BENEFICIARIO (da compilare anche in presenza di esecutore)

E' cittadino o residente USA?	☐ SI ☐ NO
Il suo luogo di nascita è negli USA?	☐ SI ☐ NO
Codice TIN *(solo in caso di risposta affermativa anche solo ad una delle due domande sopra riportate e nel caso in cui non venga supportata con documentazione adeguata la prova della rinuncia alla cittadinanza)*	☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

DA COMPILARE A CURA DEI SOLI BENEFICIARI NON RESIDENTI E NON CITTADINI USA (da compilare anche in presenza di esecutore)

Ha un indirizzo di residenza, un indirizzo postale, una casella postale un indirizzo "c/o" statunitensi?	☐ SI ☐ NO
Ha un numero di telefono statunitense (sia quale unico numero di telefono fornito sia in aggiunta ad altri numeri di telefono non statunitensi)?	☐ SI ☐ NO

DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI ESECUTORE DIVERSO DAL BENEFICIARIO

L'Esecutore ha un indirizzo statunitense?	☐ SI ☐ NO

Con la sottoscrizione del presente questionario, il Beneficiario/Esecutore dichiara di aver verificato l'esattezza, la completezza e la veridicità delle dichiarazioni in esso riportate. Il sottoscrittore, si obbliga, inoltre, a comunicare tempestivamente all'Agente o alla Compagnia eventuali cambiamenti di circostanza delle informazioni fornite attraverso la compilazione del presente questionario.

Luogo e data	**Firma dell'incaricato**	**Firma del Beneficiario/Esecutore**
_____	_____	_____