

SCADENZA - RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

Polizza n.: _____ **Prodotto:** _____

Contraente: _____ **Assicurato:** _____
Cognome e Nome / Ragione Sociale Cognome e Nome

Io sottoscritto **Beneficiario** della polizza sopra indicata:

_____ _____/_____/_____ M F
Cognome e Nome / Ragione Sociale Data di nascita Sesso

_____ _____
Codice fiscale (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) Partita IVA

_____ Residenza / Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione

_____ Indirizzo e-mail (facoltativo) _____ Telefono (facoltativo) _____ Cellulare (facoltativo)

Codice relazione tra il beneficiario e il contraente (Legenda – Tabella A): _____ se legame “Altro” (codice 17), dettagliare: _____

NOTA BENE: si prega di fornire le ulteriori informazioni compilando l'apposito modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica o di Soggetto Persona Giuridica, che dovrà essere allegato alla presente richiesta

CHIEDO

la **liquidazione** dell'importo di mia spettanza **maturato alla scadenza**

Modalità di liquidazione

- chiedo il pagamento con **bonifico** su conto corrente a me intestato o cointestato (**attenzione, non è consentito il pagamento su libretti di risparmio**)

Banca: _____

IBAN: _____

SWIFT/BIC: _____ (**obbligatorio in caso di bonifico su conto corrente estero**)

L'impresa si riserva di effettuare la verifica dell'IBAN tramite sistema interbancario

eventuali cointestatarî del conto corrente:

1. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

2. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

3. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

4. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

5. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

6. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatarî c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatarî se legame “Altro” (cod. 17) dettagliare: _____

Sottoscrizioni

- sono consapevole che la liquidazione non potrà avvenire prima della scadenza della polizza
- dichiaro di **non incassare** / **incassare** l'importo di mia spettanza nell'ambito di **attività d'impresa** (barrare una sola casella)
Rientrano in tale classificazione le attività elencate all'art. 2195 del codice civile. In caso di riscossione nell'ambito di attività d'impresa, l'eventuale ritenuta fiscale sarà applicata a titolo d'acconto (per contratti stipulati dal 1/1/1996 al 31/12/2000) oppure non sarà applicata alcuna ritenuta fiscale, in quanto la prestazione percepita rientrerà nel reddito d'impresa (per contratti stipulati dopo il 31/12/2000)
- mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

Firma del Beneficiario/Rappresentante legale ► _____
 che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy

Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica (da compilarsi solo se la richiesta è presentata per il tramite dell'Intermediario)

Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente richiesta sono state effettuate da _____ (Cognome e Nome) che attesta di aver ricevuto in data odierna la documentazione necessaria a completamento della pratica

Luogo e data _____

Istruzioni operative

La **richiesta di liquidazione** deve sempre pervenire all'Impresa **in originale**, sottoscritta dal beneficiario o da chi ne ha la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento d'identità di ciascuno di essi riportante firma visibile e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale.

Si allegano i seguenti documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto (barrare le caselle relative alla documentazione che si allega):

- copia fronte-retro di un valido documento d'identità del beneficiario riportante firma visibile (se il beneficiario è una persona fisica)
- copia fronte-retro di un valido documento d'identità dell'eventuale rappresentante legale pro tempore riportante firma visibile, nonché della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza
- documento attestante l'esistenza in vita dell'assicurato, anche in forma di autocertificazione (se l'assicurato non coincide con il beneficiario)
- copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa (se il beneficiario è minore d'età o incapace)
- liberatoria al pagamento della liquidazione firmata dal creditore pignoratorio/vincolatario o dal beneficiario accettante (in caso di polizza gravata da pegno o vincolo o beneficio accettato irrevocabile)
- modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica (se il beneficiario è una persona fisica)
- modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Giuridica (se il beneficiario è una persona giuridica)

L'Impresa, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Avvertenze

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa presso la propria sede.

Decorso tale termine e a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato al beneficiario, salvo il caso di pagamenti effettuati ai rappresentanti legali e informerà l'avente diritto mediante invio della quietanza di liquidazione al suo recapito.

Qualora l'operazione non fosse stata eseguita come richiesto, o in caso di mancata ricezione della quietanza di liquidazione, si invita a contattare:

Pronto Allianz - Servizio Clienti, Piazza Tre Torri n. 3, 20145 Milano

Numero Verde 800.68.68.68

Legenda

Tabella A - relazione tra il beneficiario e il contraente/ tra cointestatari del conto corrente

01 madre/padre	10 suocero/a
02 marito/moglie	11 nipote (di nonno/a)
03 legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	12 nipote (di zio/a)
04 fratello/sorella	13 cugino/a
05 figlio/a	14 fidanzato/a
06 nonno/a	15 rapporti aziendali
07 zio/a	16 rapporti professionali
08 genero/nuora	17 altro – da indicare nel modulo (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa
09 cognato/a	