

### Modalità di pagamento tramite accredito su conto corrente bancario

#### Dati Beneficiario

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome/Ragione Sociale)  Codice Fiscale/Partiva IVA  Polizza N°

Luogo di nascita  Prov.  Nazione di nascita  Data di nascita

Residente in Italia (indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società)  Prov.  CAP

Indirizzo di residenza in Italia (Via, Piazza, Corso, ecc.)  Numero

Paese di cittadinanza  Paese di seconda cittadinanza

Indirizzo di residenza estero (Stato, città, provincia)

Indirizzo di Fermo Posta c/o estero (Stato, città, provincia)

Tipo di documento del Beneficiario o del Legale Rappresentante se persona giuridica (carta d'identità, patente, passaporto)  Numero

Rilasciato da  Il   No  Sì  Persona politicamente esposta

Nel caso di compilazione dei seguenti campi, i recapiti ivi inseriti verranno utilizzati per le finalità, sotto indicate, per le quali sotto viene prestato il consenso. È in ogni caso facoltà dell'Interessato revocare in qualsiasi momento il consenso prestato. Apporre una barra sui campi relativi ai recapiti che l'Interessato non intende fornire.

Cellulare (se numero estero indicare prefisso internazionale)  Email

#### Chiede che la liquidazione avvenga sulle coordinate bancarie di seguito riportate:

Banca (indicare la denominazione sociale della Banca)  Indirizzo Agenzia

Comune (indicare il Comune in cui ha sede la Banca)  Prov.

IBAN  Cod. Paese  Check digit  CIN  ABI  CAB  Numero di conto corrente

BIC/SWIFT (se bonifico estero)

Intestatario c/c

Luogo  Data  Firma leggibile dell'Intestatario

continua

Prendo atto che i dati indicati nel presente modulo saranno utilizzati dalla Compagnia al fine di gestire la liquidazione richiesta.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del Beneficiario (per accettazione) \_\_\_\_\_

Qualora l'Intestatario del conto corrente fosse persona diversa dal Beneficiario, dovrà compilare i dati di cui sotto:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Codice Fiscale/Partiva IVA \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Nazione di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Italia (indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza in Italia (Via, Piazza, Corso, ecc.) \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Paese di cittadinanza \_\_\_\_\_ Paese di seconda cittadinanza \_\_\_\_\_

Cellulare (se numero estero indicare prefisso internazionale) \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza estero (Stato, città, provincia) \_\_\_\_\_

Indirizzo di Fermo Posta c/o estero (Stato, città, provincia) \_\_\_\_\_

Tipo di documento dell'Intestatario del conto corrente (carta d'identità, patente, passaporto) \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  No  Sì  
Persona politicamente esposta

### Relazioni tra Beneficiario e Intestatario del conto corrente

- coincidono
- Intestatario conto corrente legato da rapporti di parentela o di affinità con il Beneficiario
- Intestatario conto corrente legato da rapporti aziendali o professionali con il Beneficiario (da specificare) \_\_\_\_\_
- altro legame (da specificare) \_\_\_\_\_

Polizza N° \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni di residenza fiscale FATCA e CRS** (da compilarsi a cura dell'Intestatario del conto corrente)**In caso di Persona Giuridica è necessario compilare il Modulo EP 118. Se sono presenti Titolari effettivi compilare anche il Modulo EP 094.**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di essere residente ai fini fiscali in Italia?

 Sì  No (indicare Paese di residenza e Codice Fiscale estero)

\_\_\_\_\_ Stato residenza fiscale estero

\_\_\_\_\_ Città residenza fiscale estera

\_\_\_\_\_ Provincia fiscale estera

Il Sottoscritto è in possesso del Codice Fiscale estero?

 Sì  No (indicare Codice Fiscale estero (TIN, SSN, ALTRO) \_\_\_\_\_) No  La giurisdizione non rilascia Codice Fiscale estero**DICHIARAZIONE DI UNICA RESIDENZA FISCALE**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ è residente ai fini fiscali esclusivamente nello Stato precedentemente indicato?

 Sì  No (compilare la successiva sezione)

**Nota:** si ricorda che un individuo nato negli Stati Uniti o che ha acquisito a diverso titolo la cittadinanza statunitense è considerato, ai fini della normativa FATCA, residente ai fini fiscali negli U.S., fatto salvo il caso in cui venga presentata e allegata alla presente autodichiarazione copia del Certificate of Loss of Nationality rilasciato dal Bureau of Consular Affairs degli Stati Uniti oppure una dichiarazione da cui risultino le motivazioni per le quali il certificato di rinuncia alla cittadinanza statunitense non è disponibile, o le motivazioni che hanno impedito l'attribuzione della cittadinanza statunitense al momento della nascita.

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA RESIDENZA FISCALE AGGIUNTIVA**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di essere fiscalmente residente, oltre che nello Stato precedentemente indicato, nelle seguenti Nazioni delle quali rilascia il Codice Fiscale o fornisce opportuna spiegazione in caso di sua assenza:

**Altro Paese di residenza**

\_\_\_\_\_ Stato residenza fiscale estero

\_\_\_\_\_ Città residenza fiscale estera

\_\_\_\_\_ Provincia fiscale estera

Il Sottoscritto è in possesso del Codice Fiscale estero?

 Sì  No (indicare Codice Fiscale estero (TIN, SSN, ALTRO) \_\_\_\_\_) No  La giurisdizione non rilascia Codice Fiscale estero**Altro Paese di residenza**

\_\_\_\_\_ Stato residenza fiscale estero

\_\_\_\_\_ Città residenza fiscale estera

\_\_\_\_\_ Provincia fiscale estera

Il Sottoscritto è in possesso del Codice Fiscale estero?

 Sì  No (indicare Codice Fiscale estero (TIN, SSN, ALTRO) \_\_\_\_\_) No  La giurisdizione non rilascia Codice Fiscale estero**Altro Paese di residenza**

\_\_\_\_\_ Stato residenza fiscale estero

\_\_\_\_\_ Città residenza fiscale estera

\_\_\_\_\_ Provincia fiscale estera

Il Sottoscritto è in possesso del Codice Fiscale estero?

 Sì  No (indicare Codice Fiscale estero (TIN, SSN, ALTRO) \_\_\_\_\_) No  La giurisdizione non rilascia Codice Fiscale estero**FIRMA**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che le informazioni fornite nel presente Modulo e nella documentazione a questo allegata corrispondono al vero e sono corrette e complete. Il Sottoscritto si impegna a comunicare a Eurovita S.p.A. eventuali modifiche alle informazioni fornite in sede di sottoscrizione del seguente modulo entro 30 giorni dalla relativa circostanza che ne ha determinato la modifica. Il Sottoscritto si impegna altresì a fornire entro 30 giorni una nuova autocertificazione qualora le informazioni contenute nella presente dichiarazione diventino incorrette.

\_\_\_\_\_ Luogo

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma leggibile