

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	
			☐ No ☐ Sì
Rilasciato da	Il	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 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 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 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 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 Cronos Vita Assicurazioni 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