

MODULO PER OPERAZIONI SUL CONTRATTO SELLA PERSONAL LIFE

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

N. POLIZZA	SPL _____
-------------------	------------------

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome/Ragione Sociale	
Residente in		
Città	Cod.Postale	Provincia

In qualità di contraente del contratto di assicurazione sopracitato chiede alla Compagnia di effettuare la seguente operazione a valere sul contratto sopra indicato

1. VERSAMENTO AGGIUNTIVO – minimo €25.000,00

Importo: € _____

La modalità di pagamento del premio aggiuntivo è mediante bonifico bancario sul conto intestato a InChiaro Life dac

IBAN: **IE64BOFI90124723068737** BIC: **BOFIE2D** c/o Bank of Ireland

2. CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO (massimo 4 volte l'anno)

STRATEGIA D'INVESTIMENTO ATTUALE	NUOVA STRATEGIA D'INVESTIMENTO
Nome:	Nome:

3. RISCATTO TOTALE

- ☐ RISCATTO TOTALE
- ☐ RISCATTO TOTALE CON CONVERSIONE IN RENDITA (Compilare Il modulo "Conversione Capitale in Rendita")

4. RISCATTO PARZIALE (minimo €25.000,00) - RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO (minimo annuo €10.000,00)

- ☐ RISCATTO PARZIALE di € _____
- ☐ RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO di € _____ con frequenza:
- ☐ Trimestrale
 - ☐ Semestrale
 - ☐ Annuale
- ☐ REVOCA RISCATTO PARZIALE PROGRAMMATO

Chiedo alla Compagnia di accreditare l'importo a me dovuto sulle seguenti coordinate bancarie:

Bonifico bancario sul conto n. (indicare le coordinate internazionali IBAN e SWIFT/BIC in modo completo)
IBAN _____
SWIFT/BIC _____
c/o Banca _____ intestato a _____
SONO CONSAPEVOLE CHE COORDINATE BANCARIE INCOMPLETE O ERRATE POTREBBERO CAUSARE RITARDI NEI PAGAMENTI. Riconosco a INCHIARO LIFE DAC il diritto di utilizzare la ricevuta del pagamento sulle coordinate bancarie da me fornite come quietanza liberatoria per gli importi pagati in relazione al riscatto da me richiesto.

5. CAMBIO BENEFICIARIO CASO MORTE

NUOVI BENEFICIARI (in caso di MORTE dell'Assicurato):

- ☐ Specificare nome, cognome, data, luogo di nascita e codice fiscale, in caso di persona fisica

- ☐ Specificare denominazione, sede legale, codice fiscale/partita IVA o in alternativa iscrizione registro imprese in caso di persona giuridica

- ☐ Eredi testamentari o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- ☐ Rendita in caso di morte dell'Assicurato (compilare e sottoscrivere l'allegato "Opzione Rendita Vitalizia")

6. CAMBIO INDIRIZZO

- ☐ Nuovo indirizzo di RESIDENZA
- Via _____
- CAP _____ Città _____ Provincia _____
- ☐ Nuovo indirizzo di CORRISPONDENZA
- Email: _____
- Oppure
- Via _____
- CAP _____ Città _____ Provincia _____

Luogo

Data

Firma Contraente

Visto firmare (Private Banker/Consulente)

Firma Creditore Pignoratizio¹ / Beneficiario²

¹ Firma del Creditore Pignoratizio in caso di polizza sottoposta a pegno

² Firma del Beneficiario nel caso di beneficio accettato e/o rendita vitalizia

ALLEGATI NECESSARI PER LE OPERAZIONI SU CONTRATTO SPL

- ✓ Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità
- ✓ Raccomandazione Personalizzata **SE** operazione **consigliata** dalla Banca (SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI, CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO, RISCATTO PARZIALE O TOTALE)
- ✓ Modulo di Ordine impartito Set Informativo **SE** operazione **richiesta** dal Cliente (SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI, CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO, RISCATTO PARZIALE O TOTALE)
- ✓ Caratteristiche specifiche del fondo interno/strategia di investimento (SOLO PER CAMBIO STRATEGIA DI INVESTIMENTO)
- ✓ Scheda Informativa Cliente (SOLO PER VERSAMENTI AGGIUNTIVI DI IMPORTI PARI O SUPERIORE € 500.000,00)
- ✓ Dichiarazione di residenza fuori dalla Repubblica Irlandese (SOLO PER RISCATTO PARZIALE O TOTALE)
- ✓ Autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato se diverso dal Contraente (SOLO PER RISCATTO TOTALE O PARZIALE)
- ✓ Dichiarazione CRS (Common Reporting Standard) ai fini informativi fiscali (SOLO PER RISCATTO TOTALE)
- ✓ Modulo "Opzione rendita vitalizia" (SOLO PER CAMBIO BENEFICIARIO – OPZIONE RENDITA)



**DICHIARAZIONE DI RESIDENZA FUORI DALLA REPUBBLICA IRLANDESE
(da compilare in caso di RISCATTO PARZIALE o TOTALE)**

- Dichiaro di essere il contraente della polizza relativa alla presente dichiarazione.
- Io sono attualmente non residente o non abitualmente residente nella Repubblica d'Irlanda.
- Io notificherò alla compagnia di assicurazione che ha emesso la polizza se diventerò residente nella Repubblica d'Irlanda o nel caso in cui cessassi di essere contraente, tale notificazione includerà il nome e l'indirizzo del nuovo contraente.

NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE:

LUOGO E INDIRIZZO PRINCIPALE DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE:

Luogo _____

Data _____

Firma Contraente _____



DICHIARAZIONE CRS (Common Reporting Standard)
Ai sensi della Legge 18 giugno 2015, n. 95 - DIRETTIVA 2014/107 UE DEL 9 DICEMBRE 2014
Normativa FATCA e CRS

Al fine di ottemperare alla sopra citata normativa e con la finalità di contrastare la frode fiscale e l'evasione fiscale transfrontaliera, la Compagnia, quale intermediario finanziario interessato, è tenuta ad acquisire ed aggiornare i dati identificativi dei propri clienti, al fine di determinarne gli stati di effettiva residenza fiscale.

Su queste premesse, Le chiediamo cortesemente di compilare la presente autocertificazione. **Il rilascio dei dati risulta obbligatorio in forza della normativa citata.**

CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

Polizza N. _____

Denominazione/Ragione Sociale _____

Partita IVA _____

Sede Legale Via _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____ Nazione _____

Al fine di adempiere gli obblighi di scambio di informazioni con gli Stati Uniti e con i paesi aderenti all'AEoI (Automatic Exchange of Information o Common Reporting Standard, CRS), vi rilascio i dati, completi, veritieri e corretti, necessari per determinare la/e residenza/e fiscale/i e, laddove ricorrano le condizioni, procedere alla segnalazione all'autorità fiscale locale dei dati anagrafici e patrimoniali da me forniti.

ATTESTAZIONE DI RESIDENZA FISCALE DEL CONTRAENTE

Stato di residenza fiscale	Codice Fiscale o Codice Identificativo Fiscale
1°	1°
2°	2°
3°	3°
4°	4°

Il campo stato di residenza fiscale deve essere sempre compilato.

ATTESTAZIONE PERSONA GIURIDICA PASSIVE O ACTIVE

Si dichiara che la Società si qualifica come:

ENTITÀ NON FINANZIARIA ATTIVA:

Ossia Società **CHE SODDISFA una delle seguenti condizioni:**

- "è una Società che svolge in via principale attività produttiva: meno del 50% del reddito lordo della Società relativo all'esercizio precedente deriva dalla gestione finanziaria e immobiliare (dividendi, interessi, royalties, canoni di locazione ed altri redditi passivi) e meno del 50% delle attività detenute nel corso dell'anno solare precedente sono attività in grado di generare i redditi sopra citati;
- è una Società non finanziaria quotata o appartenente ad un Gruppo quotato;
- ☒ è una Start-Up costituita da meno di 24 mesi che non esercita ancora un'attività economica né l'ha esercitata in passato, ma sta investendo capitale in alcune attività con l'intento di esercitare un'attività economica non finanziaria;
- è una Società in liquidazione / riorganizzazione": istituzione non finanziaria che sta liquidando le sue attività o si sta riorganizzando al fine di continuare o ricominciare a operare in un'attività economica non finanziaria;
- è un Treasury center di gruppo non finanziario": appartiene ad un Gruppo che si occupa principalmente di attività non finanziarie ed è finalizzata all'esecuzione di operazioni di finanziamento e copertura solo con o per conto di altri membri del Gruppo;
- è una organizzazione no-profit (non registrata come "Onlus" nel registro detenuto dall'Agenzia delle Entrate), ed è esente dalle imposte sul reddito;
- è un governo non statunitense, un'organizzazione internazionale, una banca centrale di emissione non statunitense, o un'entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti;
- è un'entità di investimento con residenza fiscale in un paese partecipante alla Normativa CRS.



SOGGETTO NON STATUNITENSE – ISTITUZIONE NON FINANZIARIA PASSIVA

Ossia Società che **NON SODDISFA** alcuna delle seguenti condizioni:

- è una Società che svolge in via principale attività produttiva: meno del 50% del reddito lordo della Società relativo all'esercizio precedente deriva dalla gestione finanziaria e immobiliare (dividendi, interessi, royalties, canoni di locazione ed altri redditi passivi) e meno del 50% delle attività detenute nel corso dell'anno solare precedente sono attività in grado di generare i redditi sopra citati;
- è una Società non finanziaria quotata o appartenente ad un Gruppo quotato;
- ☒ è una Start-Up costituita da meno di 24 mesi che non esercita ancora un'attività economica né l'ha esercitata in passato, ma sta investendo capitale in alcune attività con l'intento di esercitare un'attività economica non finanziaria;
- è una Società in liquidazione / riorganizzazione: istituzione non finanziaria che sta liquidando le sue attività o si sta riorganizzando al fine di continuare o ricominciare a operare in un'attività economica non finanziaria;
- è un Treasury center di gruppo non finanziario: appartiene ad un Gruppo che si occupa principalmente di attività non finanziarie ed è finalizzata all'esecuzione di operazioni di finanziamento e copertura solo con o per conto di altri membri del Gruppo;
- ☒ è una organizzazione no-profit (non registrata come "Onlus" nel registro detenuto dall'Agenzia delle Entrate), ed è esente dalle imposte sul reddito;
- è un governo non statunitense, un'organizzazione internazionale, una banca centrale di emissione non statunitense, o un'entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti;
- è un'entità di investimento con residenza fiscale in un paese partecipante alla Normativa CRS.

Se la Società è un'istituzione non finanziaria passiva riportare i dati relativi alla residenza fiscale del/dei titolare/i effettivo/i (si veda definizione di titolare effettivo)

DATI TITOLARE EFFETTIVO

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Stato di residenza Fiscale	Codice Fiscale o Codice Identificativo Fiscale
1°	1°
2°	2°
3°	3°

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Stato di residenza Fiscale	Codice Fiscale o Codice Identificativo Fiscale
1°	1°
2°	2°
3°	3°

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Stato di residenza Fiscale	Codice Fiscale o Codice Identificativo Fiscale
1°	1°
2°	2°
3°	3°



Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ residente in
_____ CAP _____ Città _____ Nazione _____
Codice Fiscale _____ in qualità di persona debitamente autorizzata a operare
per conto della Persona Giuridica

- Dichiaro che tutte le informazioni contenute nella presente certificazione sono veritiere e di essere consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni.
- Dichiaro che procederò a comunicare tempestivamente per iscritto alla Compagnia ogni circostanza che determini una modifica delle dichiarazioni fornite nella presente autocertificazione.
- Qualora il campo codice identificativo fiscale estero non sia valorizzato, dichiaro che il mio Paese Estero di residenza non prevede il rilascio di tale codice.

Luogo, Data

Firma Contraente

Per maggiori informazioni e chiarimenti restano a completa disposizione la Sua Banca, il Suo Consulente Finanziario o Private Banker di riferimento e il Servizio Clienti di InChiaro Life al seguente recapito telefonico +353 1 6788700, da lunedì a venerdì dalle 9.30 alle 18.30 (ora italiana) oppure tramite e-mail all'indirizzo info@inchiarolife.ie



Scheda Informativa sul Cliente

(D.Lgs. 231/07 - Antiriciclaggio)

Ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 231/2007 nel caso non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica la Compagnia è tenuta ad astenersi dall'operazione o porre fine all'operazione già in essere. Riguardo rapporti o operazioni in essere o in corso di realizzazione, la Compagnia è tenuta a restituire al cliente i fondi o le altre disponibilità finanziarie di spettanza liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente indicato dal cliente con un messaggio rivolto alla controparte bancaria che le somme sono restituite per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica stabiliti dalle norme antiriciclaggio.

Da compilare per versamenti aggiuntivi di importo pari o superiore a **€500.000,00**

N° Polizza _____ Contraente _____

1. Descrizione attività economica _____

2. Eventuali attività secondarie _____

3. Eventuali ulteriori informazioni sulla situazione economica, finanziaria e patrimoniale (anche familiare) _____

4. Provenienza della somma oggetto dell'operazione

☐ *Risparmi da reddito da lavoro dipendente*

☐ *Risparmi da reddito da lavoro autonomo/da libera professione/d'impresa*

☐ *Risparmi da pensione*

☐ *Reddito da capitale*

☐ *Reddito fondiario*

☐ *Disinvestimento di somme in precedenza investite o reinvestimento da liquidazione (indicare intermediario e tipologia di investimento/liquidazione)*

☐ *Vendita di beni (indicare tipologia)Data operazione.....*

☐ *Vincita*

☐ *Eredità (*)*

☐ *Donazione (*)*

☐ *Altro (specificare)*

(*) *Indicare nominativo del cuius/donante, legame con il contraente e data evento*

Luogo, Data

Firma Contraente
