



Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a:
Bipiemme Vita S.p.A. - Direzione Operation, Via Lazzaroni n. 3, 20124 Milano
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti.bpmvita@pec.it**
- alla competente filiale della Banca Intermediaria

RICHIESTA PAGAMENTO DEL CAPITALE A SCADENZA

AVVERTENZE:

- **Il presente modulo è stato predisposto da Bipiemme Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili alla liquidazione della prestazione maturata a scadenza;**
- La richiesta, ove effettuata con il presente modulo, deve essere **compilata e sottoscritta dal Legale Rappresentate** della Contraente della Polizza.

CONTRAENTE

Il sottoscritto Nome e Cognome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>
Società	<input type="text"/>
Partita IVA	<input type="text"/>
con Sede Legale in via	<input type="text"/>
Comune e Provincia	<input type="text"/>
Recapito telefonico	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

in qualità di Legale Rappresentante della Società, **richiedo il pagamento del capitale maturato a scadenza** della polizza n. mediante accredito sul conto corrente intestato alla Società:

IBAN

_____ , _____
Luogo

_____ / _____
Data



Firma del Legale Rappresentate

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale** del Legale Rappresentate;
- documentazione attestante **i poteri di firma del dichiarante**;
- autocertificazione **FATCA/CRS** compilata dal dichiarante.

ATTENZIONE: LE RICHIESTE DI PAGAMENTO INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI O DELLA DOCUMENTAZIONE COMPORTERANNO TEMPI DI LIQUIDAZIONE PIÙ LUNGI

MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA – Modello PnF

Ai sensi dell'art. 17 e ss. del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii.

RAPPORTO

Numero conto corrente: _____

Numero Polizza: _____

Importo in euro: _____

SEZIONE A - DATI IDENTIFICATIVI

CLIENTE – CONTRAENTE – BENEFICIARIO

Dati anagrafici

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

Operatività Fiduciaria nell'ambito del presente rapporto: In conto proprio Per conto di un Fiduciante

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Data di Costituzione: _____

Sede Legale

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Residenza fiscale (se diversa da residenza)

Nazione (1): _____

Nazione (2): _____

Fini perseguiti

- Profit No Profit (specificare ambito):
- Assistenza Sociale
 - Assistenza sanitaria
 - Istruzione e formazione
 - Ricerca scientifica di interesse sociale
 - Tutela dei diritti civili
 - Opere di beneficenza in genere
 - Sport dilettantistico
 - Tutela del patrimonio artistico storico culturale
 - Tutela della natura dell'ambiente e del territorio
 - Altre attività / Altri beneficiari (Specificare): _____

La società è partecipata da

Trust Sì No

Fiduciaria Sì No

Società Anonima Sì No

Fondazione Sì No

Altro Sì No (se "Sì" specificare): _____

Società quotata su un mercato regolamentato Sì No

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail (PEC): _____

Eventuale diverso indirizzo di recapito postale

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Attività economica prevalente

SAE: _____ ATECO: _____ TAE: _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Relazioni economiche/commerciali con l'estero

Nazione (1): _____

Nazione (2): _____

Nazione (3): _____

ESECUTORE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP *(in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)*

Sì No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Sì No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato

Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato

Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Sì No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina

Persona Politicamente Esposta – PEP (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1)

Si No

Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

Si No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e- mail: _____

Potere di rappresentanza Si No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

TITOLARI EFFETTIVI - SUB 2 (in presenza di più Titolari effettivi compilare l'Allegato 3)

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo di nascita: _____ Nazione: _____

Data di nascita: _____ Cittadinanza: _____

Sesso: Maschio Femmina**Persona Politicamente Esposta – PEP** (in caso di risposta affermativa compilare l'Allegato 1) Sì No**Persona con cariche pubbliche rilevanti - non comprese nella nozione di PEP**

(per la definizione di "cariche pubbliche rilevanti" si rimanda all'Allegato 4)

 Sì No

Carica ricoperta: _____

Nel seguente Paese _____ Per il seguente Periodo: _____

Professione attuale

- Imprenditore Libero Professionista Lavoratore Dipendente Pensionato
 Dirigente / Soggetto Apicale Studente Casalinga Disoccupato
 Altro (specificare): _____

Area di svolgimento prevalente attività economica

Città: _____

Provincia: _____ Stato (se estero): _____

Potere di rappresentanza Sì No

Allegare la documentazione relativa ai poteri di rappresentanza in forza dei quali opera in nome e per conto del cliente (Allegati): _____

Residenza

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Domicilio (se diverso da residenza)

Indirizzo: _____ CAP: _____

Comune: _____ Provincia: _____

Nazione: _____

Contatti

Numero di telefono: _____

Indirizzo e-mail: _____

SEZIONE B - INFORMAZIONI SUL RAPPORTO CONTINUATIVO**Tipologia di Rapporto continuativo/Operazione**

- Nuova emissione Versamento aggiuntivo Cambio di Contraenza tra Persone non Fisiche
 Cambio di Contraenza per decesso Cambio di Contraenza da Persona Fisica a Persona non Fisica
 Scadenza / Riscatto / Sinistro

Scopo prevalente del rapporto continuativo

- Risparmio Investimento Protezione aziendale
 Sostegno di attività di carattere sociale o umanitario
 Altro (specificare): _____

SEZIONE C - RELAZIONI

Rapporto/Relazione tra Contraente e Assicurato

- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Assicurato e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare dell' Assicurato Rapporti professionali o d'affari con l' Assicurato
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell' Assicurato (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente ed Esecutore

- Appartenenza nucleo familiare del Contraente Rapporti professionali o d'affari con il Contraente
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente cedente e Contraente subentrante (in caso di cessione di contraenza)

- Appartenente al nucleo familiare: del Contraente dell'Assicurato
Ha rapporti professionali o d'affari: con il Contraente con l'Assicurato
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale del Contraente (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Esecutore e Beneficiario

- Coincidono
 Appartenenza nucleo familiare dell' Esecutore Rapporti professionali o d'affari con l' Esecutore
 Non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale dell' Esecutore (specificare): _____

Rapporto/Relazione tra Contraente e Titolare effettivo

- Relazione di proprietà / partecipazione societaria Management
 Rapporto di Lavoro (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

SEZIONE D - ULTERIORE DOCUMENTAZIONE

Provenienza delle somme utilizzate per il pagamento del premio di polizza

- Reddito d'impresa
 Disinvestimento (titoli o polizze disinvestite prima della naturale scadenza)
 Reinvestimento (titoli o polizze reinvestite dopo la naturale scadenza)
 Vendita immobiliare (allegare copia documentazione)
 Altro (specificare): _____

Dati economici

Utile/Perdita

Ultimo esercizio disponibile (anno): _____

Risultato economico d'esercizio: _____

Ammontare utile/perdita d'esercizio (euro): _____

N. di esercizi in perdita consecutivi (compreso l'ultimo): _____

Fascia di fatturato annuo

inferiore a 2 milioni tra 2 e 10 milioni tra 10 e 50 milioni oltre 50 milioni

Situazione Patrimoniale (per importi superiori a 400.000,00 Euro - Clienti PEP)

Capitale sociale: _____

Numero dipendenti: _____

Beneficiario Designato (se diverso dal Contraente - compilare solo in caso di nuova emissione)

Beneficiario non nominativo Beneficiario nominativo (compilare l'Allegato 2)

DICHIARAZIONE e FIRMA del Contraente / Esecutore / Beneficiario

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 22 e 55 del Decreto Legislativo n. 231/2007 e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale derivante da omesse/mendaci dichiarazioni:

a. dichiara che tutte le informazioni fornite, le dichiarazioni rilasciate ed i dati riprodotti negli appositi campi del presente modulo corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo/operazione ed alla società/persone fisiche per conto delle quali eventualmente opera;

b. si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa, penale per dichiarazioni non veritiere;

c. si impegna a comunicare senza ritardo a Bipiemme Vita ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo;

d. è consapevole che il conferimento dei dati è obbligatorio e che il rifiuto di fornire le informazioni può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del: Contraente: _____

Esecutore: _____

Beneficiario: _____

SEZIONE RISERVATA ALL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA RACCOLTA DEI DATI

Nome: _____ Data: _____

Firma: _____ Matricola: _____



AUTOCERTIFICAZIONE FATCA E CRS DELLA CLIENTELA PERSONE GIURIDICHE
Informazioni da rilasciarsi a cura del cliente ai sensi della normativa
FATCA (FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT) e CRS (COMMON REPORTING STANDARD)

Alla Compagnia Bipiemme Vita S.p.A.

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE

Sezione 1: Informazioni generali relative alla Società

- Ragione sociale:
 - Stato / luogo di costituzione:
 - Sede legale: [Indirizzo], [Paese]
 - Sede amministrativa / operativa: [Indirizzo], [Paese]
 - Indirizzo di corrispondenza:
 - Altro indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, indirizzo di fermo posta):
 - Numero di telefono:
 - Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO [se sì] verso [Nome Paese/i]
 - Procura o potestà di firma attualmente valida conferita ad un soggetto con indirizzo estero: SI / NO
 - [se sì] [Nome e Cognome Delegato] [Indirizzo di Residenza del Delegato]
 - Paese/i di residenza Fiscale della società:
 - [Paese di residenza Fiscale 1] [Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:
 - [Paese di residenza Fiscale 2] [Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:
 - [Paese di residenza Fiscale n] [Codice fiscale estero (TIN / EIN) – Identificativo/ IVA Estero*]:
- *Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché non rilasciato dalla Giurisdizione

CLASSIFICAZIONE FATCA DELLA SOCIETÀ

Sezione 2: Dichiarazione per lo status di US Financial Institution

Il cliente dichiara di essere una US Financial Institution: SI/NO

In caso di risposta affermativa indicare il proprio codice fiscale estero TIN/ Employer Identification Number EIN/ identificativo IVA estero

In caso di risposta negativa passare alla sezione 4



BPMVITA

Sezione 3: Dichiarazione dello status di Specified U.S. person

Il cliente dichiara che la Società è stata costituita o ha sede legale negli USA: SI/NO

Solo per i clienti che hanno dichiarato di essere stati costituiti o di avere sede legale negli USA

Il cliente dichiara di essere una Specified U.S. person: SI/NO

In caso di risposta affermativa indicare il proprio codice fiscale estero TIN/ Employer Identification Number EIN/ identificativo IVA estero

Codice/i fiscale/i estero/i (TIN) – Employer Identification Number (EIN) – identificativo/i IVA estero/i

Sezione 4: Dichiarazione dello status per clienti Foreign Financial Institution

Il cliente dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Financial Institution operante in un paese Model 1 IGA

Reporting Model 1 IGA

Codice GIIN.....

Non Reporting FATCA Partner Financial Institution

Financial Institution operante in un paese Model 2 IGA

Participating FFI in a Model 2 jurisdiction

Codice GIIN.....

Non Reporting Model 2 FFI

Financial Institution non operante in un paese Model 1 e Model 2 IGA

Participating FFI

Codice GIIN.....

Registered Deemed Compliant FFI

Codice GIIN.....

CDCFFI – Non-registering local bank

CDCFFI - FFI with only low-value accounts

CDCFFI - Sponsored, closely held investment vehicle

Nome e GIIN della Sponsoring.....

CDCFFI - Limited life debt investment entities

Foreign branch of a USFI

Sponsored FFI

Nome e GIIN della Sponsoring.....

Territory Financial Institution



BPMVITA

Owner documented FFI	<input type="checkbox"/>
Exempt Beneficial Owner - Central Bank of Issue	<input type="checkbox"/>
Exempt Beneficial Owner - Exempt Retirement fund	<input type="checkbox"/>
Exempt Beneficial Owner - Entity wholly owned by exempt beneficial owner	<input type="checkbox"/>
Limited FFI	<input type="checkbox"/>
Limited branch of a PFFI	<input type="checkbox"/>
Non Participating FFI	<input type="checkbox"/>

Sezione 5: Dichiarazione dello status per i clienti Non Financial Foreign Entities (NFFE)

Il cliente dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Active NFFE	<input type="checkbox"/>
Direct Reporting NFFE	<input type="checkbox"/>
Codice GIIN.....	
Exempt Beneficial Owner	<input type="checkbox"/>
Passive NFFE	<input type="checkbox"/> Vedi sezione 8

CLASSIFICAZIONE CRS DELLA SOCIETÀ

Sezione 6: Dichiarazione dello status per clienti Financial Institution

Il cliente dichiara di appartenere ad una o più delle seguenti categorie:

Reporting Financial Institution

Participating Jurisdiction Financial Institution	<input type="checkbox"/>
Custodial Institution	<input type="checkbox"/>
Depository Institution	<input type="checkbox"/>
Investment Entity	<input type="checkbox"/>
Specified Insurance Company	<input type="checkbox"/>

Non Reporting Financial Institution

Broad Participation Retirement Fund	<input type="checkbox"/>
Narrow Participation Retirement Fund	<input type="checkbox"/>
Pension Fund of a Governmental Entity, International Organisation or Central Bank	<input type="checkbox"/>
Qualified Credit Card Issuer	<input type="checkbox"/>
Exempt Collective Investment Vehicle	<input type="checkbox"/>



BPMVITA

Trustee documented Trust

Sezione 7: Dichiarazione dello status per clienti Non Financial Entity

Il cliente dichiara di appartenere ad una o più delle seguenti categorie:

- | | |
|-----------------------------|---|
| Governmental Entity | <input type="checkbox"/> |
| International Organisation | <input type="checkbox"/> |
| Central Bank | <input type="checkbox"/> |
| Publicly traded Corporation | <input type="checkbox"/> |
| Active NFE | <input type="checkbox"/> |
| Passive NFE | <input type="checkbox"/> Vedi sezione 8 |

Sezione 8: Dichiarazione sullo status di residente/non residente fiscale negli Stati Uniti o in altra giurisdizione estera dei propri Titolari effettivi (solo per Passive NFFE/Passive NFE)

La società non dispone di titolari effettivi ai fini antiriciclaggio

casella da spuntare nel caso in cui la società sia una Passive NFFE /Passive NFE priva di titolari effettivi

La società dispone di titolari effettivi ai fini antiriciclaggio che presentano i seguenti dati:

casella da spuntare nel caso in cui vi sia uno o più titolari effettivi della società. In particolare, in presenza di più titolari effettivi, è necessario replicare la sezione sotto riportata tante volte quanti sono i titolari effettivi della Società

Titolare effettivo 1:

- ✓ Nome:
- ✓ Cognome:
- ✓ Data di nascita:
- ✓ Luogo di nascita:
- ✓ Cittadinanza/e:
- ✓ Indirizzo di Residenza:
- ✓ Indirizzo di Corrispondenza:
- ✓ Altro indirizzo di corrispondenza (es. indirizzo c/o, indirizzo di fermo posta):

Inserire il domicilio oppure l'indirizzo di fermo posta o altro indirizzo alternativo di corrispondenza del titolare effettivo

- ✓ Numero di Telefono:

Inserire il numero di telefono del titolare effettivo comprensivo dell'eventuale prefisso

- ✓ Istruzioni permanenti per il trasferimento fondi verso l'estero: SI / NO verso
- ✓ Procura e attribuzione di poteri di firma ad altro soggetto SI / NO
- ✓ Nome, Cognome, Indirizzo di residenza:

N.B. Rilevano ex FATCA tutti i soggetti che esercitano un qualsivoglia potere di firma, non solamente quelli con delega sul rapporto.

Paese/i di Residenza Fiscale:

- ✓ [Paese di residenza Fiscale 1] [Codice fiscale estero (TIN):..... / *]
- ✓ [Paese di residenza Fiscale 2] [Codice fiscale estero (TIN):..... / *]



BPMVITA

· [Paese di residenza Fiscale n] [Codice fiscale estero (TIN):..... / *]

*[se Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché la Giurisdizione non rilascia il TIN]: Codice fiscale estero (TIN) non fornito poiché non rilasciato dalla Giurisdizione

Il Cliente si impegna, sottoscrivendo la presente autocertificazione, a informare prontamente la Compagnia nel caso in cui si verificano cambiamenti di circostanza in merito alle informazioni riportate al fine di consentire alla Compagnia di predisporre, eventualmente, un nuovo modulo di autocertificazione per confermare la residenza fiscale e la classificazione FATCA e CRS della società Cliente e/o la residenza fiscale dei titolari effettivi di Passive NFFE/Passive NFE.

Il presente documento è redatto in forma scritta ovvero, previo accordo delle parti, sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente.

Luogo e data

Firma del cliente (Legale Rappresentante della Società)