

Spett.le
Vera Financial dac
Beaux Lane House,
Mercer Street Lower
Dublino D02 DH60
IRLANDA

Modulo per la richiesta di riscatto totale

ATTENZIONE – NOTA PER LA COMPILAZIONE: i dati personali indicati in questa pagina sono trattati da Vera Financial dac (anche la “Compagnia”) al solo fine di gestire la Sua richiesta di ricatto totale. **Sebbene i campi marcati con asterisco (Telefono e Indirizzo e-mail) siano campi facoltativi, si tratta di dati molto importanti al fine di agevolare le comunicazioni funzionali all’evasione della liquidazione tra il richiedente e la Compagnia.** Ad esempio, qualora la Compagnia avesse necessità di segnalarLe documenti mancanti o errori nella compilazione dei moduli, potrebbe utilizzare il Suo indirizzo e-mail o il Suo numero di telefono, così assicurandole una tempestiva ed efficace gestione del problema. **Al contrario, qualora decidesse di non fornire telefono e/o indirizzo e-mail, saremo costretti ad effettuare ogni comunicazione tramite posta ordinaria o raccomandata, con conseguente inevitabile allungamento dei tempi di evasione e pagamento.**

Telefono e Indirizzo e-mail eventualmente conferiti in questa sede **non saranno in nessun caso trattati per finalità commerciali o per l’invio di newsletter.**

Io sottoscritto

*Dati del Contraente (da compilare **sia in caso di Contraente Persona Fisica sia in caso di Persona Giuridica**):*

Nome e cognome/Ragione Sociale _____

Polizza n. _____

C.F./P.IVA _____

Indirizzo di residenza/Sede Legale _____

Telefono* _____

Indirizzo e-mail* _____

Dati del Legale Rappresentante (da compilare solo in caso di Contraente Persona Giuridica o incapace di agire o qualora il Contraente abbia conferito procura):

Nome e cognome _____

C.F. _____

Indirizzo di residenza _____

Telefono* _____

Indirizzo e-mail* _____

CHIEDO

il riscatto totale della polizza sopra individuata e che l'importo del riscatto venga corrisposto (scegliere l'ipotesi applicabile tra quelle elencate di seguito)

al netto delle imposte, in quanto polizza non stipulata nell'esercizio di attività commerciale

al lordo delle imposte, in quanto polizza stipulata nell'esercizio di attività commerciale.

ALLEGO

- Copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo, in corso di validità, del Contraente e, qualora presente, del Legale Rappresentante;
- Svincolo da parte del vincolatario o assenso al pagamento del creditore pignoratizio in caso di polizza rispettivamente vincolata o ceduta in pegno;
- In caso di persona giuridica, di soggetto incapace di agire, o di procuratore, documento attestante i poteri di firma;
- Prova dell'IBAN intestato/cointestato (es. DLPA, testata estratto conto);
- Documenti di identità del cointestatario del conto corrente (da fornire solo in caso di conto corrente cointestato)
- Dichiarazione di esistenza in vita dell'Assicurato, se diverso dal Contraente;
- Autocertificazione FATCA/CRS.

DICHIARO

di aver richiesto alla banca tenutaria del conto fornito per la liquidazione del Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela, compilato e firmato dal Contraente/Legale Rappresentante, con timbro e firma della stessa banca, all'indirizzo PEC di Vera Financial dac verafinancial@pec.gruppocattolica.it

DICHIARO ALTRESI'

Di essere consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto e che il valore di riscatto può essere inferiore al/i premio/i versato/i. Dichiaro inoltre di essere consapevole che se previsto dalle condizioni di assicurazione l'operazione può prevedere l'applicazione di costi di uscita dal contratto.

Vogliate **effettuare il relativo pagamento sul conto a voi già noto**¹ (scegliere l'ipotesi applicabile tra quelle elencate di seguito):

a me intestato

a me cointestato

Solo in caso di coordinate bancarie cointestate specificare di seguito i nominativi dei cointestatori:

Nome e Cognome del/i cointestatorio/i _____

I dati e i documenti raccolti saranno trattati da Vera Financial dac al fine di processare la Sua richiesta. La nostra l'"Informativa sul trattamento dei dati personali" spiega come trattiamo i Suoi dati e descrive i Suoi diritti. Si tratta di un importante documento, che Le suggeriamo di consultare prima di condividere i Suoi dati personali con noi (<https://www.verafinancial.com/it/> sezione "Servizio Clienti"). Per ogni domanda su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo DPO@verafinancial.com

Luogo e data

Firma Contraente / Legale Rappresentante

DELEGA A TERZI PER IL COMPIMENTO DI ATTIVITÀ CONTRATTUALI E GESTIONALI RELATIVE AL RAPPORTO SOPRA INDICATO

(Qualora il Contraente/Legale rappresentante desiderasse richiedere il supporto di un soggetto terzo, quale ad esempio un parente o il gestore della Banca tenutaria del conto fornito per la liquidazione, potrà conferire apposita delega utilizzando il facsimile sotto riportato.)

Il sottoscritto

Nome e cognome/Ragione Sociale _____

C.F./P.IVA _____

¹ Nel caso in cui la banca di appoggio del Contraente sia cambiata, allegare alla presente il modulo per la variazione delle coordinate bancarie debitamente compilato, firmato e corredato della documentazione richiesta. Il modulo per la variazione delle coordinate bancarie è presente sul sito della Compagnia nella sezione "Modulistica" <https://www.verafinancial.com/it/customer-services/modulistica/>

Indirizzo di residenza/Sede Legale _____

DELEGA

Nome e cognome del delegato _____

C.F./P.IVA _____

Nato a _____

Residente in _____

Relazione con il delegante _____

Telefono* _____

Indirizzo email* _____

a svolgere, in suo nome e per suo conto, ogni attività relativa alla polizza n. _____, conferendogli le facoltà di svolgere ogni attività necessaria al perfezionamento dell'operazione di riscatto totale relativa alla polizza sopra indicata.

A tal fine, autorizza Vera Financial dac ad interagire direttamente con il soggetto delegato.

Si allega:

Copia leggibile fronte/retro di un documento identificativo, in corso di validità, leggibile del delegato.

Luogo e data

Firma del Delegato

Luogo e data

Firma del Delegato

LA SEGUENTE SEZIONE DEVE ESSERE COMPILATA SOLO NEL CASO DI PRECEDENTE CAMBIO DI CONTRAENZA CASO MORTE DELLA POLIZZA SOPRA INDICATA²

L'operazione di riscatto totale richiede l'assenso scritto di tutti i Beneficiari designati dal Contraente deceduto³.

Pertanto, **attraverso l'apposizione della firma negli spazi sottostanti a ciò deputati, i Beneficiari designati dal Contraente deceduto prestano il loro consenso all'esecuzione dell'operazione di riscatto totale relativa alla polizza n. _____.**

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

² La compagnia si riserva di richiedere eventuale integrazione di documentazione

³ Allegare un documento identificativo dei beneficiari qualora non ancora fornito

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario

Luogo e data

Firma Beneficiario