

Spett.le
BBPM Life 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 BBPM Life dac (anche la "Compagnia") al solo fine di gestire la Sua richiesta di riscatto 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 segnalare documenti mancanti o errori nella compilazione dei moduli, potrebbe utilizzare il Suo indirizzo e-mail o il Suo numero di telefono, così assicurando 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 BBPM Life dac gestioneclienti@pec.bbpm.life.com.

DICHIARO ALTRESÌ

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 cointestatario/i _____

I dati e i documenti raccolti saranno trattati da BBPM Life 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.bbpm.life.com/it/> sezione "Servizio Clienti"). Per ogni domanda su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo dpo@bbpm.life.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" del nostro sito <https://www.bbpm.life.com>.

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 BBPM Life 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 Delegate

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