

MODULO DI SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE DEL PIANO DI PREMI RICORRENTI

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: DARTA EASY MULTILINE

POLIZZA N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

Nel caso in cui l'Investitore-Contraente sia Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno dell'Investitore-Contraente, indicare i seguenti dati del/dei soggetto/i munito/i dei poteri di firma.

Soggetto munito dei poteri di firma 1

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Soggetto munito dei poteri di firma 2

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

L'Investitore-Contrahente della suddetta polizza, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni contrattuali, **chiede:**

☐ **di sospendere** il Piano di Premi ricorrenti.

☐ **di riattivare** il pagamento dei Premi ricorrenti secondo il Piano di premi ricorrenti originariamente sottoscritto.

La Società provvederà a sospendere o riattivare il Piano, tenuto conto che dalla data di ricevimento della richiesta da parte della Società al giorno previsto di incasso del Premio ricorrente tramite Mandato per addebito SEPA D.D. devono decorrere almeno 30 giorni. Nel caso di riattivazione del Piano di premi ricorrenti saranno mantenute ferme la frequenza dei pagamenti e le date di incasso originariamente previste. In tal caso il Piano di premi ricorrenti viene prolungato di tanti Premi ricorrenti quanti quelli non versati durante la sospensione del Piano stesso, sempreché l'Assicurato al termine del Piano non superi i 90 anni di età.

DATI BANCARI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

SWIFT/BIC

[illegible]

IBAN (OBBLIGATORIO)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.

Il riferimento di Mandato coincide con il numero di polizza

Creditore: Darta Saving Life Assurance dac, Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, Irlanda Codice identificativo del creditore: IE05SDD360491

Tipo di pagamento: ricorrente

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Darta Saving Life Assurance dac a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Darta Saving Life Assurance Ltd.. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. In tal caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto (*).

(*) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

☐ Autorizzo

FIRMA DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)

In caso di soggetto/i munito/i dei poteri di firma e sempre in caso di Persona Giuridica o Ente:

☐ dichiaro che i dati contenuti nel presente modulo non sono variati rispetto agli ultimi dichiarati a Darta Saving (al momento della sottoscrizione della proposta oppure successivamente, se una variazione di tali dati si è già avverata)

ovvero

☐ allego la documentazione comprovante i poteri di firma, che aggiornano quelli precedentemente comunicati a Darta Saving (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: nomina della/e persona/e autorizzata/e alla facoltà di firma relativi poteri conferiti; copia del documento di identità e del codice fiscale della/e persona/e autorizzata/e ad operare per conto dell'Investitore-Contraente)

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)

Se il modulo non è stato compilato in presenza del promotore finanziario, allegare al modulo la fotocopia fronte-retro di un valido documento d'identità del/i firmatario/i in cui risulti la firma leggibile dello/gli stesso/i.

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

Il sottoscritto _____ cod. _____ ai
sensi della normativa antiriciclaggio italiana e relativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato
dell'Adeguata Verifica, attesta con la presente sottoscrizione di aver svolto tutte le attività prescritte a suo carico dalla
normativa di riferimento in merito all'Investitore-Contraente (o del/i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA