

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: DARTA PERIODICAL SOLUTION 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-Contraente della suddetta polizza

- ☐ esercente attività commerciale (se non verrà barrata la casella, la suddetta polizza sarà intesa come non stipulata dall'Investitore-Contraente nell'esercizio di attività commerciale)

chiede il **RISCATTO.**

Il sottoscritto è consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto. Si ricorda che il pagamento del riscatto totale del Contratto è soggetto ad eventuali penalità e/o commissioni di riscatto previste dalle relative Condizioni contrattuali.

Si tenga altresì conto che il suddetto importo è soggetto alle disposizioni relative alla tassazione, in base a quanto previsto dall'art. 26-ter del D.P.R. 600/1973 e successive modifiche.

L'Investitore-Contraente chiede, inoltre, che il valore di riscatto venga pagato tramite bonifico bancario presso le seguenti coordinate bancarie a lui intestate:

DATI BANCARI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FILIALE

[illegible]

IBAN (OBBLIGATORIO)					

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 e relativi poteri conferiti; copia del documento di identità e del codice fiscale della/e persona/e autorizzata/e ad operare per conto dell'Investitore-Contrante)

LUOGO E DATA

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

VISTO DEL VINCOLATARIO/ CREDITORE PIGNORATIZIO/ BENEFICIARI
(IN CASO DI VINCOLO/ PEGNO/ BENEFICIO ACCETTATO)

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.

DICHIARAZIONE DI ESISTENZA IN VITA DELL'ASSICURATO SE DIVERSO DALL'INVESTITORE-CONTRAENTE

Il sottoscritto _____
 COGNOME E NOME CODICE FISCALE

TIPO DOCUMENTO _____ N° _____
 AUTORITÀ CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO DATA RILASCIO

DICHIARA di ESSERE TUTTORA VIVENTE.

LUOGO E DATA _____ FIRMA DELL'ASSICURATO _____

Allegare al modulo la fotocopia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato firmata da quest'ultimo o altro documento equipollente (anche in forma di autocertificazione) allo scopo di attestare l'esistenza in vita del medesimo.

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 _____