

Modulo di accettazione irrevocabile di beneficiario

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: _____ **Polizza N.** _____

Il beneficio accettato non può essere revocato o modificato salvi i casi di decadenza previsti dall'art.1922 del Codice Civile. Inoltre, si ricorda che le operazioni di riscatto, pegno e vincolo, switch e ribilanciamento per poterne dare corso, richiedono l'assenso scritto del beneficiario.

CONTRAENTE

COGNOME E NOME/RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

Nel caso in cui il Contraente sia Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno del 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

Il sottoscritto, Contraente della polizza sopra indicata, dichiara, ai sensi dell'art.1921 del Codice Civile, di rinunciare al potere di revoca del beneficiario.

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 (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 (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 del Contraente)

LUOGO E DATA

FIRMA DEL 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 fronteretro di un valido documento d'identità del/i firmatario/i in cui risulti la firma leggibile dello/gli stesso/i.

I sottoscritti Beneficiari dichiarano, quindi, di accettare espressamente il beneficio.

LUOGO E DATA

COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

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 al Contraente (o del/i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA