

Modulo di richiesta di cambio beneficio

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: _____ **Polizza N.** _____**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 Contraente dichiara di voler attribuire il beneficio in caso di morte dell'Assicurato a:**

- Il Contraente
- Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- I figli dell'Assicurato in parti uguali
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, i figli dell'Assicurato in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- Beneficio come da plico sigillato depositato presso la Società
- Gli eredi testamentari dell'Assicurato; in mancanza di testamento, i suoi eredi legittimi in parti uguali
- Le persone indicate nei seguenti campi: (nel caso in cui nessuno dei Beneficiari sopra richiamati corrisponda alla necessità del Contraente)

BENEFICIARI in caso di morte dell'Assicurato _____ %
COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE _____ DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA (Comune - Provincia - Nazione) _____

CODICE FISCALE (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) _____

PARTITA IVA _____

 M F
SESSO

RESIDENZA/SEDE LEGALE (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____

N.civico _____

CAP _____

Comune _____

Provincia _____

Nazione _____

Codice tipologia societaria (Legenda - Tabella D) _____

Descrizione attività _____

Se tipologia societaria "Non profit/struttura analoga" (cod. 10), indicare "Classe dei beneficiari" _____

Indirizzo e-mail (facoltativo) _____

Telefono (facoltativo) _____

Cellulare (facoltativo) _____

Codice relazione tra il Beneficiario e il Contraente (Legenda - Tabella A): _____ se legame "Altro" (codice 17), dettagliare: _____

 È una persona politicamente esposta (PEP) NON è una persona politicamente esposta

(per beneficiario persona giuridica indicare che si è PEP se almeno un titolare effettivo è PEP)

In caso di Persona Politicamente Esposta, indicare: ■ Cognome e Nome del Titolare Effettivo PEP: _____

■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Legenda - Tabella B): _____

■ Codice tipologia PEP (Legenda - Tabella C): _____

_____ % _____
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA (Comune - Provincia - Nazione)

 CODICE FISCALE (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) PARTITA IVA SESSO

 RESIDENZA/SEDE LEGALE (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) N.civico CAP

 Comune Provincia Nazione

 Codice tipologia societaria (Legenda - Tabella D) Descrizione attività
 Se tipologia societaria "Non profit/struttura analoga" (cod. 10), indicare "Classe dei beneficiari"

 Indirizzo e-mail (facoltativo) Telefono (facoltativo) Cellulare (facoltativo)

Codice relazione tra il Beneficiario e il Contraente (Legenda - Tabella A): _____ se legame "Altro" (codice 17), dettagliare: _____

È una persona politicamente esposta (PEP) NON è una persona politicamente esposta
 (per beneficiario persona giuridica indicare che si è PEP se almeno un titolare effettivo è PEP)

In caso di Persona Politicamente Esposta, indicare: ■ Cognome e Nome del Titolare Effettivo PEP: _____
 ■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Legenda - Tabella B): _____
 ■ Codice tipologia PEP (Legenda - Tabella C): _____

REFERENTE TERZO

Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza nell'identificazione del/i Beneficiario/i, compilare i campi sottostanti indicando un Referente terzo a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

 COGNOME E NOME CODICE FISCALE (sempre richiesto) PARTITA IVA MAIL

 INDIRIZZO N. CAP COMUNE PROV STATO

Sottoscrizioni

- è a mia personale conoscenza che l'Assicurato sia in vita (dichiarazione valida solo in caso di assicurato diverso dal contraente)
- la presente polizza **NON contiene** / **Contiene** una designazione beneficiaria di tipo accettato irrevocabile (barrare una delle 2 caselle)
- ho ricevuto l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che mi impegno a fornire agli eventuali beneficiari designati nominativamente (valida in caso di designazione nominativa dei beneficiari)
- **sono consapevole che qualsiasi modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata alla Società**
- mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

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 frontetero 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

Tabella A - Relazione tra il Beneficiario e il Contraente / tra cointestatari del conto corrente

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	madre/padre	11	nipote (di nonno/a)
02	marito/moglie	12	nipote (di zio/a)
03	legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	13	cugino/a
04	fratello/sorella	14	fidanzato/a
05	figlio/a	15	rapporti aziendali
06	nonno/a	16	rapporti professionali
07	zio/a	17	altro - da indicare nel modulo (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa)
08	genero/nuora		
09	cognato/a		
10	suocero/a		

Si considerano **Persones Politicamente Esposte** le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami.

Tabella B - Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Soggetto stesso	06	Coniuge di figlio/a di
02	Genitore di	07	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
03	Coniuge di	08	Titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
04	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con	09	Soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
05	Figlio/a di		

Tabella C - Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	16	Giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
02	Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	17	Magistrato della Corte di Cassazione o carica analoga in stato estero
03	Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18	Magistrato della Corte dei Conti o carica analoga in stato estero
04	Vice-Ministro italiano o carica analoga in stato estero	19	Consigliere di Stato o carica analoga in stato estero
05	Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	20	Componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
06	Deputato italiano o carica analoga in stato estero	21	Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
07	Senatore italiano o carica analoga in stato estero	22	Ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
08	Parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero	23	Incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
09	Presidente di Regione o carica analoga in stato estero	24	Ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
10	Assessore regionale o carica analoga in stato estero	25	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo Stato italiano o estero
11	Consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	26	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di di impresa partecipata, in misura prevalente o totalitaria, dalla Regione, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
12	Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero		
13	Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero	27	Direttore, Vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali
14	Direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale		
15	Membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri		

Tabella D - Tipologia societaria

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Società o altro organismo quotato sui mercati regolamentati	08	Società detenuta da fiduciaria
02	Ufficio della pubblica amministrazione o istituzione/organismo che svolge funzioni pubbliche	09	Fondazione
		10	Non profit / struttura analoga - indicare in " Classe dei beneficiari" i soggetti che traggono beneficio dall'ente (es. area di applicazione dell'ente)
03	Associazione	11	Società per azioni
04	Cooperativa	12	Trust struttura analoga
05	Condominio	13	Persona giuridica (ad eccezione delle voci precedenti) / ditto individuale
06	Ente religioso/struttura analoga		
07	Fiduciaria		