

## MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

PRODOTTO:  DARTA EASY MULTILINE

POLIZZA N.

DARTA PREMIUM PLUS MULTILINE

### DATI DEL CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

**Nel caso in cui il Contraente sia Persona Giuridica o Ente, indicare i seguenti dati del rappresentante legale:**

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

**Nonché i seguenti dati del soggetto titolare/dei soggetti titolari dei poteri di firma (procuratore/i):**

#### Procuratore 1:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

#### Procuratore 2:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Il Contraente della suddetta polizza

esercente attività commerciale (se non verrà barrata la casella, la polizza in oggetto sarà intesa come non stipulata, dal Contraente, nell'esercizio di attività commerciale)

chiede il **RISCATTO**:

**PARZIALE (\*)**

E sceglie solo una delle seguenti modalità di riscatto parziale: l'importo selezionato si intende **sempre al lordo delle commissioni di riscatto previste dalle Condizioni di Assicurazione**.

a) Proporzionale alla ripartizione percentuale del capitale assicurato tra tutti i Fondi interni in cui la polizza è investita, per un importo di **Euro** \_\_\_\_\_

b) dal/i seguente/i Fondo/i interno/i e indica, ALTERNATIVAMENTE, un importo in Euro (€) o una percentuale (%) da disinvestire:

FONDO/I INTERNO/I	€ oppure %	FONDO/I INTERNO/I	€ oppure %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**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 al Legale Rappresentante) e all'Assicurato.

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA**LEGENDA****Tabella A - relazione tra il Beneficiario e il Contraente / tra cointestatari del conto corrente**

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
<b>01</b>	madre/padre	<b>11</b>	Nipote (di nonno/a)
<b>02</b>	Marito/moglie	<b>12</b>	Nipote (di zio/a)
<b>03</b>	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	<b>13</b>	Cugino/a
<b>04</b>	Fratello/sorella	<b>14</b>	Fidanzato/a
<b>05</b>	Figlio/a	<b>15</b>	Rapporti aziendali
<b>06</b>	Nonno/a	<b>16</b>	Rapporti professionali
<b>07</b>	Zio/a	<b>17</b>	altro – da indicare nel modulo
<b>08</b>	Genero/nuora		(a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia,
<b>09</b>	Cognato/cognata		figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/
<b>10</b>	Suocero/suocera		madrina di battesimo, vicino/a di casa .....