

6. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

(si prega di inviare un documento comprovante che le coordinate bancarie fornite dal Contraente per il pagamento del valore di Riscatto siano intestate al Contraente)

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)

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

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
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
08	Genero/nuora		(a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia,
09	Cognato/cognata		figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/
10	Suocero/suocera		madrina di battesimo, vicino/a di casa