

Modulo di richiesta di liquidazione per riscatto

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: Darta New Trend

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 della suddetta polizza richiede che l'importo del riscatto sia:

- al netto** delle imposte **al lordo** delle imposte, in quanto stipulata nell'esercizio di attività commerciale

chiede il **RISCATTO**:

- Totale** Contraente è consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto.
- Parziale (*)** L'importo richiesto, secondo le modalità di seguito illustrate, si intende **sempre al lordo delle commissioni di riscatto ove previste dalle Condizioni di Assicurazione**.
Indicare ALTERNATIVAMENTE, un importo in Euro (€) o una percentuale (%) da disinvestire:

CODICE FONDO	NOME FONDO	€ oppure % (OBBLIGATORIO)
DT01	Allianz Coupon Select Plus VI	_____
DT02	Allianz Trend and Brands	_____
DT03	UBS Asia Bond 2025	_____
DT05	Allianz Enhanced Short Term Euro	_____
DT08	Carmignac Court Terme	_____

(*) Il Contraente ha la facoltà di esercitare parzialmente il diritto di Riscatto a condizione che l'importo richiesto non sia inferiore a € 2.500 e che il valore residuo del capitale al momento del Riscatto parziale non sia inferiore a € 2.500.

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 (articolo introdotto dall'art. 14, c.1 del D.Lgs. 18 Febbraio 2000, n. 47).

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		