

Modulo di richiesta di liquidazione per riscatto

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: PERSONALWAY

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:

esercente attività commerciale

(se non verrà barrata la casella, la suddetta polizza sarà intesa come non stipulata dal Contraente nell'esercizio di attività commerciale) chiede il

RISCATTO

Il sottoscritto è consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto. Si ricorda che il pagamento del riscatto totale del Contratto è soggetto ad eventuali penalità e/o commissioni di riscatto previste dalle relative Condizioni contrattuali. 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 e successive modifiche. Il Contraente chiede, inoltre, che il valore di riscatto venga pagato tramite bonifico bancario presso le seguenti coordinate bancarie a lui intestate:

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FILIALE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

IBAN (OBBLIGATORIO)

1. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____
2. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____
3. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____
4. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____
5. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____
6. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): _____
 Cognome e Nome cointestatario se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____

DARTA Saving Life Assurance dac

Company No.: 365015
 Share Capital € 5,000,000 fully paid
 Regulated in Ireland by the Central Bank of Ireland

Darta Saving life Assurance Designated Activity Company, trading as Allianz Darta Saving, is a wholly owned subsidiary of Allianz SpA and part of "Gruppo Assicurativo Allianz", member of "Albo gruppi assicurativi" n. 18 in Italy

Registered Office

Maple House, Temple Road, Blackrock
 Dublin, A94 Y9E8 Ireland
 Tel. +353 1 242 23 00 - Fax +353 1 242 23 02
 www.allianzdarta.ie.

DARTAPRRR
 Ed. 11/2022

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 Dartà (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 Dartà (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.

* Si ricorda che in caso di VINCOLO/ PEGNO/ BENEFICIO ACCETTATO i tempi contrattuali di esecuzione della richiesta decorrono dalla data di ricevimento da parte di Dartà della richiesta completa di visto di VINCOLATARIO/CREDITORE PIGNORATIZIO/BENEFICIARI.

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/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 | CODICE | DESCRIZIONE | CODICE | DESCRIZIONE |
|--------|---|--------|---------------------|--------|--|--------|---|
| 01 | Madre/padre | 06 | Nonno/a | 13 | Cugino/a | 18 | Rapporti professionali fornitore |
| 02 | Marito/moglie | 07 | Zio/a | 14 | Fidanzato/a | 19 | Rapporti professionali cliente |
| 03 | Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili | 08 | Genero/nuora | 15 | Rapporti aziendali dipendente/datore di lavoro | 20 | Rapporti professionali distributore o partner |
| 04 | Fratello/sorella | 09 | Cognato/cognata | 16 | Rapporti aziendali socio o titolare effettivo | 21 | Altro - da indicare in Proposta |
| 05 | Figlio/a | 10 | Suocero/suocera | 17 | | | |
| | | 11 | Nipote (di nonno/a) | | | | |
| | | 12 | Nipote (di zio/a) | | | | |

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 21 Altro: beneficienza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)

DOCUMENTO A SUPPORTO DELLA COMPILAZIONE DEL MODULO. NON INVIARE A DARTA**Elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni**

| Codice fondo | Fondo interno | Codice fondo | Fondo interno |
|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| AD42 | PERSONAL SELECTION | AE54 | PERSONAL STRATEGY 30 |
| AE53 | PERSONAL STRATEGY 75 | AE55 | PERSONAL STRATEGY 50 |