

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 commercialechiede 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	_____
DT06	Allianz Global Capital Plus	_____

(*) 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	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)