

# Modulo di richiesta di disattivazione Smart Protection Aggiuntiva

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

## Prodotto:

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 \_\_\_\_\_

- DISATTIVAZIONE DELLA COPERTURA CASO MORTE SMART PROTECTION AGGIUNTIVA**  
(solo nel caso in cui l'Assicurato abbia un'età superiore ai 60 anni)

Il Contraente **chiede** di disattivare la Copertura opzionale caso morte Smart Protection Aggiuntiva.

**NOTA BENE: una volta disattivata la copertura caso morte Smart Protection Aggiuntiva, il Contraente non avrà più la possibilità di riattivarla.**

Il sottoscritto, Contraente della polizza sopra indicata, **dichiara di voler disattivare la copertura caso morte Smart Protection Aggiuntiva dopo aver preso visione ed accettato le condizioni ad essa relative** contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

### 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 frontetero 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 Darta della richiesta completa di visto di VINCOLATARIO/CREDITORE PIGNORATIZIO/BENEFICIARI.

### 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