Allianz | Allianz Darta Saving

Modulo di richiesta di liquidazione per riscatto

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

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 (*)** e sceglie solo una delle seguenti modalità di riscatto parziale. L'importo richiesto, secondo le modalità di seguito illustrate, si intende **sempre al lordo delle commissioni di riscatto ed eventuali penalità ove previste dalle Condizioni di Assicurazione**.

a) Proporzionale alla ripartizione percentuale del capitale assicurato tra tutti i Fondi interni in cui la polizza è investita, per un importo di Euro _____

b) dal/i seguente/i Fondo/i interno/i e indica, ALTERNATIVAMENTE, un importo in Euro (€) o una percentuale (%) da disinvestire:

CODICE FONDO** (OBBLIGATORIO)	NOME FONDO INTERNO	€ oppure % (OBBLIGATORIO)	CODICE FONDO** (OBBLIGATORIO)	NOME FONDO INTERNO	€ oppure % (OBBLIGATORIO)

(**): Per l'elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni, si rimanda all'Allegato in calce al presente Modulo

(*) 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.

NOTA BENE: Si segnala che in caso di incongruenza tra codice e nome del Fondo, ai fini della presente richiesta, prevale il CODICE FONDO indicato in tabella.

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).

Il Contraente chiede, inoltre, che il valore di riscatto venga pagato tramite bonifico bancario presso le seguenti coordinate bancarie:

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C _____ BANCA _____ FILIALE _____

IBAN (OBBLIGATORIO)

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

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

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

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

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

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

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)

☐ Codice relazione tra Procuratore e Contraente c/c (Legenda - Tab. A): _____
se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: _____

_____
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 fronteretro 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.

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		
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	08	Genero/nuora	15	Rapporti aziendali dipendente/datore di lavoro	19	Rapporti professionali cliente
		09	Cognato/cognata				
		10	Suocero/suocera	16	Rapporti aziendali	20	Rapporti professionali distributore o partner
04	Fratello/sorella	11	Nipote (di nonno/a)	17	Rapporti aziendali socio o titolare effettivo		
05	Figlio/a	12	Nipote (di zio/a)			21	Altro - da indicare in Proposta

(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)

DARTAGNRR
Ed. 04/2024