

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

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

☐ **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:

[illegible]

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

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
02	Marito/moglie	07	Zio/a	14	Fidanzato/a		fornitore
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	08	Genero/nuora	15	Rapporti aziendali dipendente/datore di lavoro	19	Rapporti professionali cliente
04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	16	Rapporti aziendali	20	Rapporti professionali distributore o partner
05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	17	Rapporti aziendali socio o titolare effettivo	21	Altro - da indicare in Proposta
		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)