

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCOATTO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

PRODOTTO:  **DARTA EASY MULTILINE**

POLIZZA N.							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--

DARTA PREMIUM PLUS MULTILINE

DATI DEL CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

Nel caso in cui il Contraente sia Persona Giuridica o Ente, indicare i seguenti dati del rappresentante legale:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Nonché i seguenti dati del soggetto titolare/dei soggetti titolari dei poteri di firma (procuratore/i):

Procuratore 1:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Procuratore 2:

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Il Contraente della suddetta polizza

☐ esercente attività commerciale (se non verrà barrata la casella, la polizza in oggetto sarà intesa come non stipulata, dal Contraente, nell'esercizio di attività commerciale)

chiede il **RISCATTO**:

☐ **PARZIALE (*)**

E sceglie solo una delle seguenti modalità di riscatto parziale: l'importo selezionato si intende **sempre al lordo delle commissioni di riscatto 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]

()Il Contraente ha la facoltà di esercitare parzialmente il riscatto a condizione che l'importo richiesto non sia inferiore a 1.000 € per Darta Easy Multiline e 2.500 € per Darta Premium Plus Multiline e che il valore residuo del capitale non sia inferiore a 5.000€ per Darta Easy Multiline e 2.500 € per Darta Premium Plus Multiline.*

Il sottoscritto è consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto

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

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FIIIAIF

[illegible]

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: _____ |

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 broker, allegare al modulo la fotocopia fronte-retro di un valido documento d'identità del Contraente in cui risulti la firma leggibile dello stesso. Se il Contraente è una persona giuridica, allegare la dichiarazione che i dati contenuti nel presente modulo non sono variati rispetto a quelli comunicati a Darta al momento della sottoscrizione della proposta.

Il sottoscritto

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

TIPO DOCUMENTO

Nº

AUTORITÀ CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO

DATA RILASCIO

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

Se l'Assicurato è diverso dal Contraente, 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 al Legale Rappresentante) e all'Assicurato.

LUOGO E DATA_____
FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA**LEGENDA****Tabella A - Relazione del Beneficiario con il Contraente**

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

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