

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

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Dichiaro di avere ricevuto il "Report di Valutazione dell'Adeguatezza" (codice simulazione_ _ _ _ _) elaborato dall' Intermediario autorizzato riguardo all'operazione richiesta. Confermo di aver compreso appieno le informazioni contenute nel report relative agli effetti che l'operazione avrà sull'adeguatezza complessiva del mio portafoglio di investimenti.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)

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: beneficenza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)