

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCOATTO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

PRODOTTO: **DARTA PERIODICAL SOLUTION**

POLIZZA N.

--	--	--	--	--	--	--	--

DATI DEL 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 F

DATA DI NASCITA

Il Contraente della suddetta polizza

☐ esercente attività commerciale

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

chiede il **RISCATTO**.

Il sottoscritto è consapevole che il pagamento del valore di riscatto totale determina l'immediato scioglimento del contratto. Si ricorda che il pagamento del riscatto totale del Contratto è soggetto ad eventuali penalità e/o commissioni di riscatto previste dalle relative Condizioni di Assicurazioni.

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 e successive modifiche.

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

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FINAL F

[illegible]

IBAN (OBBLIGATORIO)

1. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare:

2. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare:

3. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare:

4. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare:

5. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

(si prega di inviare un documento comprovante che le coordinate bancarie fornite dal Contraente per il pagamento del valore di Riscatto siano intestate al Contraente)

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 fronte-retro di un valido documento d'identità del/i firmatario/i in cui risulti la firma leggibile dello/gli stesso/i.

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