

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

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

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

FILIALE

IBAN (OBBLIGATORIO)

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

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

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

4. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
COGNOME E NOME COINTESTATARO _____
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 risultino 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
02	Marito/moglie	07	Zio/a	14	Fidanzato/a		fornitore
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	08	Genero/huora	15	Rapporti aziendali	19	Rapporti professionali
04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	16	dipendente/datore di lavoro		cliente
05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	17	Rapporti aziendali	20	Rapporti professionali
		11	Nipote (di nonno/a)		Rapporti aziendali		distributore o partner
		12	Nipote (di zio/a)		socio o titolare effettivo	21	Altro - da indicare in Proposta

(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)