

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

PRODOTTO: **DARTA TARGET 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 richiede che l'importo del riscatto sia:

al netto delle imposte **al lordo** delle imposte, in quanto stipulata nell'esercizio di attività commerciale.

chiede il **RISCATTO**.

TOTALE

Il 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:

DARTA Saving Life Assurance dac
Company No.: 365015
Share Capital € 5,000,000 fully paid
Regulated in Ireland by the Central Bank
of Ireland

Registered Office
Maple House, Temple Road, Blackrock
Dublin, A94 Y9E8 Ireland
Tel. +353 1 242 23 00 - Fax +353 1 242 23 02
www.allianzdarra.ie

DARTAGNRRCT
Ed 02/2026

Darta Saving life Assurance Designated Activity Company, trading as Allianz Darta Saving, is a wholly owned subsidiary of Allianz SpA and part of "Gruppo Assicurativo Allianz", member of "Albo gruppi assicurativi" n. 18 in Italy

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

NOTA BENE: Si segnala che in caso di incongruenza tra codice e nome del Fondo, ai fini della presente richiesta, prevale il CODICE FONDO indicato in tabella.

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 (articolo introdotto dall'art. 14, c.1 del D.Lgs. 18 Febbraio 2000, n. 47).

(*) Il Contraente ha la facoltà di esercitare parzialmente il diritto di Riscatto a condizione che l'importo richiesto non sia inferiore a € 2.500 e che il valore residuo del capitale al momento del Riscatto parziale non sia inferiore a € 2.500.

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

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

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. 21) dettagliare: _____

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

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/nuora	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: beneficiaria, persona di fiducia, figlio della compagna, conosciuta da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)

**DOCUMENTO A SUPPORTO DELLA COMPILAZIONE DEL MODULO
NON INVIARE A DARTA****Elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni collegati a Darta Target Solution**

FONDO INTERNO	CODICE FONDO
Darta Target Stone	AD03
Darta Target Silver	AD04
Darta Target Gold	AD05
Darta Target Platinum	AD06
Darta Target Diamond	AD07
Darta Obiettivo Crescita	AB55