

MODULO DI ACCETTAZIONE IRREVOCABILE DI BENEFICIO

Da inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: _____ **POLIZZA N.**

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

Il beneficio accettato non può essere revocato o modificato salvi i casi di decadenza previsti dall'art.1922 del Codice Civile. Inoltre, si ricorda che le operazioni di riscatto, pegno e vincolo, per poterne dare corso, richiedono l'assenso scritto del beneficiario.

DATI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE		
_____	_____	
COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE/PARTITA IVA	
Nel caso in cui l'Investitore-Contraente sia Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno dell'Investitore-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 sottoscritto, Investitore-Contraente della polizza sopra indicata, dichiara, ai sensi dell'art.1921 del Codice Civile, di rinunciare al potere di revoca del beneficiario.

In caso di soggetto/i munito/i dei poteri di firma e sempre in caso di Persona Giuridica o Ente:
<input type="checkbox"/> dichiaro che i dati contenuti nel presente modulo non sono variati rispetto agli ultimi dichiarati a Darta Saving (al momento della sottoscrizione della proposta oppure successivamente, se una variazione di tali dati si è già avverata)
ovvero
<input type="checkbox"/> allego la documentazione comprovante i poteri di firma, che aggiornano quelli precedentemente comunicati a Darta Saving (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 dell'Investitore-Contraente)

_____	_____
LUOGO E DATA	FIRMA DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)
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.	

I sottoscritti Beneficiari dichiarano, quindi, di accettare espressamente il beneficio.

_____	_____	_____
LUOGO E DATA	COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO	FIRMA DEL BENEFICIARIO
_____	_____	_____
	COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO	FIRMA DEL BENEFICIARIO
_____	_____	_____
	COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO	FIRMA DEL BENEFICIARIO
_____	_____	_____
	COGNOME E NOME DEL BENEFICIARIO	FIRMA DEL BENEFICIARIO
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.		

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 all'Investitore-Contraente (o del/i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA