

## 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, switch e ribilanciamento per poterne dare corso, richiedono l'assenso scritto del beneficiario.

DATI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE		
_____	_____	
COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE/PARTITA IVA	
<b>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.</b>		
<b>Soggetto munito dei poteri di firma 1</b>		
_____	_____	_____
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
<b>Soggetto munito dei poteri di firma 2</b>		
_____	_____	_____
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

**Il sottoscritto, Contraente della polizza sopra indicata, dichiara, ai sensi dell'art.1921 del Codice Civile, di rinunciare al potere di revoca del beneficiario.**

<b>In caso di soggetto/i munito/i dei poteri di firma e sempre in caso di Persona Giuridica o Ente:</b>
<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 del Contraente)

_____	_____
LUOGO E DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)
<b>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.</b>	

**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
<b>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.</b>		

**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