

MODULO DI RICHIESTA DI CAMBIO BENEFICIO

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: _____ 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 dichiara di voler attribuire il beneficio in caso di morte dell'Assicurato a:

- Il Contraente
- Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- I figli dell'Assicurato in parti uguali
- I genitori dell'Assicurato in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, i figli dell'Assicurato in parti uguali
- Il coniuge dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali
- Beneficio come da plico sigillato depositato presso la Società
- Gli eredi testamentari dell'Assicurato; in mancanza di testamento, i suoi eredi legittimi in parti uguali
- Le persone indicate nei seguenti campi: *(nel caso in cui nessuno dei Beneficiari sopra richiamati corrisponda alla necessità del Contraente)*

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

_____ %

Cognome e Nome/Ragione Sociale	Data di nascita	Luogo di nascita (Comune – Provincia – Nazione)
Codice fiscale (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico)	Partita IVA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Sesso

Residenza / Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) N. civico CAP Comune Provincia Nazione

Codice tipologia societaria (Legenda – Tabella D) – Se tipologia societaria “Non profit/struttura analoga” (cod. 10), indicare “Classe dei beneficiari” Descrizione attività

Indirizzo e-mail (facoltativo) Telefono (facoltativo) Cellulare (facoltativo)

Codice relazione tra il Beneficiario e il Contraente (Legenda – Tabella A): _____ se legame “Altro” (codice 17), dettagliare: _____

NON E' / **E'** Persona Politicamente Esposta - PEP (per beneficiario persona giuridica indicare che si è PEP se almeno un titolare effettivo è PEP)

In caso di Persona Politicamente Esposta, indicare:

- Cognome e Nome del Titolare Effettivo PEP: _____
- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Legenda – Tabella B): _____
- Codice tipologia PEP (Legenda – Tabella C): _____

_____ % _____
 Cognome e Nome/Ragione Sociale _____ Data di nascita _____/_____/_____
 _____/_____/_____
 Luogo di nascita (Comune – Provincia – Nazione) _____

 Codice fiscale (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico) _____ Partita IVA _____ M F
 Sesso

Residenza / Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____ Nazione _____

Codice tipologia societaria (Legenda – Tabella D) – Se tipologia societaria “Non profit/struttura analoga” (cod. 10), indicare “Classe dei beneficiari” _____ Descrizione attività _____

Indirizzo e-mail (facoltativo) _____ Telefono (facoltativo) _____ Cellulare (facoltativo) _____

Codice relazione tra il Beneficiario e il Contraente (Legenda – Tabella A): _____ se legame “Altro” (codice 17), dettagliare: _____

NON E' / **E'** Persona Politicamente Esposta - **PEP** (per beneficiario persona giuridica indicare che si è PEP se almeno un titolare effettivo è PEP)

In caso di Persona Politicamente Esposta, indicare: ■ Cognome e Nome del Titolare Effettivo PEP: _____

■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Legenda – Tabella B): _____

■ Codice tipologia PEP (Legenda – Tabella C): _____

REFERENTE TERZO						
Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza nell'identificazione del/i Beneficiario/i, compilare i campi sottostanti indicando un Referente terzo a cui la Società potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:						
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE (sempre richiesto)		PARTITA IVA		E-MAIL	
INDIRIZZO*	N.	CAP	COMUNE	PROV	STATO	

Sottoscrizioni

- è a mia personale conoscenza che l'Assicurato sia in vita (dichiarazione valida solo in caso di assicurato diverso dal contraente)
- la presente polizza **NON contiene** / **Contiene** una designazione beneficiaria di tipo accettato irrevocabile (barrare una delle 2 caselle)
- ho ricevuto l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che mi impegno a fornire agli eventuali beneficiari designati nominativamente (valida in caso di designazione nominativa dei beneficiari)
- sono consapevole che qualsiasi modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata alla Società'**
- mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

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 Saving (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 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)

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.

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

Il sottoscritto _____ _____ cod. _____ ai sensi della normativa anticiclaggio 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

Legenda

Tabella A - relazione tra il Beneficiario e il Contraente / tra cointestatari del conto corrente

01 madre/padre	10 suocero/a
02 marito/moglie	11 nipote (di nonno/a)
03 legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	12 nipote (di zio/a)
04 fratello/sorella	13 cugino/a
05 figlio/a	14 fidanzato/a
06 nonno/a	15 rapporti aziendali
07 zio/a	16 rapporti professionali
08 genero/nuora	17 altro – da indicare nel modulo (es.: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicini/a di casa,)
09 cognato/a	

Si considerano **Persone Politicamente Esposte** le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami.

Nel dettaglio:

Tabella B - relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

01 soggetto stesso	06 coniuge di figlio/a di
02 genitore di	07 soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
03 coniuge di	08 titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
04 soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con	09 soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
05 figlio/a di	

Tabella C - tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

01 Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	15 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri
02 Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	16 giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
03 Ministro italiano o carica analoga in stato estero	17 magistrato della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
04 Vice Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18 magistrato della Corte dei Conti o carica analoga in stato estero
05 Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	19 consigliere di stato o carica analoga in stato estero
06 deputato italiano o carica analoga in stato estero	20 componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
07 senatore italiano o carica analoga in stato estero	21 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
08 parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero	22 ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
09 Presidente di Regione o carica in stato estero	23 incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
10 assessore regionale o carica analoga in stato estero	24 ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
11 consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	25 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo stato italiano o estero
12 Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero	26 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
13 Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero	27 direttore, vice direttore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali
14 direttore generale di ASL e di aziende ospedaliere, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale	

Tabella D – tipologia societaria

01 Società o altro organismo quotato sui mercati regolamentati	08 Società detenuta da Fiduciaria
02 Ufficio della pubblica amministrazione o istituzione/organismo che svolge funzioni pubbliche	09 Fondazione
03 Associazione	10 Non profit/struttura analoga – indicare in "Classe dei beneficiari" i soggetti che traggono beneficio dall'ente (es.: area di applicazione dell'ente)
04 Cooperativa	11 Società per azioni
05 Condominio	12 Trust/struttura analoga
06 Ente religioso/struttura analoga	11 persona giuridica (ad eccezione delle voci precedenti)/ditta individuale
07 Fiduciaria	