

MODULO DI RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCATTO

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO:

POLIZZA N.

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

DARTA EASY MULTILINE

DARTA PREMIUM PLUS MULTILINE

DATI DEL CONTRAENTE

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	
Nel caso in cui il Contraente sia Persona Giuridica o Ente, indicare i seguenti dati del rappresentante legale:		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
Nonché i seguenti dati del soggetto titolare/dei soggetti titolari dei poteri di firma (procuratore/i):		
Procuratore 1:		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA
Procuratore 2:		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

Il Contraente della suddetta polizza

esercente attività commerciale (se non verrà barrata la casella, la polizza in oggetto sarà intesa come non stipulata, dal Contraente, nell'esercizio di attività commerciale)

chiede il **RISCATTO:**

<p><input type="checkbox"/> PARZIALE (*)</p> <p>E sceglie solo una delle seguenti modalità di riscatto parziale: l'importo selezionato si intende sempre al lordo delle commissioni di riscatto previste dalle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>a) <u>Proporzionale</u> alla ripartizione percentuale del capitale assicurato tra tutti i Fondi interni in cui la polizza è investita, per un importo di Euro _____</p>

LUOGO E DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE
(O DEL SOGGETTO/I TITOLARE/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 broker, allegare al modulo la fotocopia fronte-retro di un valido documento d'identità del Contraente in cui risulti la firma leggibile dello stesso.
Se il Contraente è una persona giuridica, allegare la dichiarazione che i dati contenuti nel presente modulo non sono variati rispetto a quelli comunicati a Darta Saving al momento della sottoscrizione della proposta.

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

Se l'Assicurato è diverso dal Contraente, 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 al Legale Rappresentante) e all'Assicurato.

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 (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa
09 cognato/a	