darta saving

MODULO DI RICHIESTA VARIAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DELLA PRESTAZIONE RICORRENTE

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: PERSONALWAY

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

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

chiede di modificare le caratteristiche della Prestazione Ricorrente come segue:

CARATTERISTICHE

FREQUENZA di erogazione:	**IMPORTO ANNUO PERCENTUALE della Prestazione Ricorrente, calcolato sull'importo del Premio Unico Iniziale investito:**
☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Mensile	☐ 1,00% ☐ 2,00% ☐ 3,00% ☐ 4,00%

Indicare di seguito **le nuove coordinate bancarie del Contraente** sulle quali effettuare i bonifici relativi alla prestazione ricorrente erogata:

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C _____ BANCA _____ FILIALE _____

IBAN (OBBLIGATORIO) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatario
se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

2. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatario
se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

3. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
Cognome e Nome cointestatario
se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

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)

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 risulti 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/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 (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	