

Modulo di richiesta variazione delle caratteristiche della prestazione ricorrente

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: PersonalWay

Polizza N. _____

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:

Annuale Semestrale Trimestrale Mensile

IMPORTO ANNUO PERCENTUALE della Prestazione Ricorrente, calcolato sull'importo del Premio Unico Iniziale investito:

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 (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 (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 frontetero 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

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

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	madre/padre	11	nipote (di nonno/a)
02	marito/moglie	12	nipote (di zio/a)
03	legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	13	cugino/a
04	fratello/sorella	14	fidanzato/a
05	figlio/a	15	rapporti aziendali
06	nonno/a	16	rapporti professionali
07	zio/a	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)
08	genero/nuora		
09	cognato/a		
10	suocero/a		