

## MODULO DI VERSAMENTO AGGIUNTIVO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

PRODOTTO: **DARTA EASY MULTILINE**

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

### PREMIO AGGIUNTIVO LORDO

**Euro**

PREMIO AGGIUNTIVO LORDO VERSATO (IMPORTO MINIMO EURO 1.000)

### CARICAMENTI GRAVANTI SUL PREMIO

#### Costi di caricamento gravanti sul premio aggiuntivo – versione capital e plan&capital

Cumulo premi Capital <sup>(1)</sup>	Misura % del caricamento
DA 7.500 € A € 50.000	3,50%
DA € 50.001 A € 100.000	2,50%
DA € 100.001 A € 200.000	1,50%
OLTRE € 200.000	0,50%

#### Costi di caricamento gravanti sul premio aggiuntivo – versione plan

Cumulo premi Plan <sup>(2)</sup>	Misura % del caricamento
FINO A € 50.000	3,50%
DA € 50.001 A € 100.000	3,00%
OLTRE € 100.000	2,50%

**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. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): \_\_\_\_\_  
 COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): \_\_\_\_\_  
 COGNOME E NOME COINTESTATARIO se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI PAGAMENTO (BARRARE UN'UNICA MODALITÀ DI PAGAMENTO)**

**Bonifico bancario**  
 Bonifico bancario: il pagamento andrà effettuato a favore di DARTA Saving Life Assurance dac sul c/c estero aperto presso Allied Irish Banks Plc, 7-12 Dame Street, Dublin 2, Ireland IBAN IE57 AIBK 9320 8680 0659 24 - BIC AIBKIE2D, indicando nella causale il numero della presente Proposta.

**Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.**  
 Avvalendosi del Mandato in essere e qualora non fosse attivo un Mandato si invita a compilare, contestualmente alla richiesta di versamento aggiuntivo, il modulo dedicato all'apertura di un nuovo Mandato per addebito diretto SEPA – S.D.D..

**LA RIPARTIZIONE DEL PREMIO AGGIUNTIVO LORDO (VALE PER TUTTI I PRODOTTI)**

FONDO/I INTERNO/I	%	FONDO/I INTERNO/I	%
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**La somma degli investimenti in tutti i fondi deve essere pari al 100%**  
**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)

**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.**

**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/ai soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

**NOTE**

- 1) Per Cumulo premi Capital si intende la somma dell'importo del Premio aggiuntivo stesso e del Premio unico e/o degli eventuali Premi aggiuntivi già versati dal Contraente. Nel caso in cui il Premio versato risulti associato a più scaglioni, il caricamento verrà applicato proporzionalmente in base allo scaglione di appartenenza della singola parte di premio considerata.
- 2) Per Cumulo premi Plan si intende la somma dell'importo del Premio aggiuntivo stesso e degli eventuali Premi aggiuntivi e/o Premi ricorrenti già versati dal Contraente.

**LEGENDA****Tabella A - Relazione del Beneficiario con il Contraente**

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
<b>01</b>	Madre/padre	<b>12</b>	Nipote (di zio/a)
<b>02</b>	Marito/moglie	<b>13</b>	Cugino/a
<b>03</b>	Legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	<b>14</b>	Fidanzato/a
<b>04</b>	Fratello/sorella	<b>15</b>	Rapporti aziendali - dipendente/datore di lavoro
<b>05</b>	Figlio/a	<b>16</b>	Rapporti aziendali
<b>06</b>	Nonno/a	<b>17</b>	Rapporti aziendali - socio o titolare effettivo
<b>07</b>	Zio/a	<b>18</b>	Rapporti professionali - fornitore
<b>08</b>	Genero/nuora	<b>19</b>	Rapporti professionali - cliente
<b>09</b>	Cognato/cognata	<b>20</b>	Rapporti professionali - distributore o partner
<b>10</b>	Suocero/suocera	<b>21</b>	Altro - da indicare in Proposta
<b>11</b>	Nipote (di nonno/a)		

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 21 Altro: beneficenza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)