

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 ⁽¹⁾	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 ⁽²⁾	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

[illegible]

IBAN (OBBLIGATORIO)

- | | |
|---|--|
| 1. _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO | Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
se legame “Altro” (cod. 21) dettagliare: _____ |
| 2. _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO | Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
se legame “Altro” (cod. 21) dettagliare: _____ |
| 3. _____
COGNOME E NOME COINTESTATARIO | Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
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/ SOGGETTO/ MUNITO/ 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
01	Madre/padre	12	Nipote (di zio/a)
02	Marito/moglie	13	Cugino/a
03	Legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	14	Fidanzato/a
04	Fratello/sorella	15	Rapporti aziendali - dipendente/datore di lavoro
05	Figlio/a	16	Rapporti aziendali
06	Nonno/a	17	Rapporti aziendali - socio o titolare effettivo
07	Zio/a	18	Rapporti professionali - fornitore
08	Genero/nuora	19	Rapporti professionali - cliente
09	Cognato/cognata	20	Rapporti professionali - distributore o partner
10	Suocero/suocera	21	Altro - da indicare in Proposta
11	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)