

Modulo di switch: ribilanciamento della posizione

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: Challenge Private

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. <i>Soggetto munito dei poteri di firma 1</i>																						
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">DATA DI NASCITA</td> </tr> </table>											DATA DI NASCITA									
DATA DI NASCITA																						
<i>Soggetto munito dei poteri di firma 2</i>																						
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center; font-size: small;">DATA DI NASCITA</td> </tr> </table>											DATA DI NASCITA									
DATA DI NASCITA																						

Il Contraente **chiede** che venga effettuata l'**operazione di trasferimento (switch) delle quote** collegate ai Fondi interni e **sceglie la nuova ripartizione percentuale dell'investimento** tra i Fondi interni come di sotto indicato (si prega di considerare il numero massimo di Fondi sottoscrivibili pari a 40):

I fondi contenuti nella tabella successiva sono da intendersi come i fondi da escludere dall'operazione di ribilanciamento:

Fondi da Mantenere					
CODICE FONDO*	NOME FONDO	CODICE FONDO*	NOME FONDO	CODICE FONDO*	NOME FONDO

I fondi contenuti nella tabella successiva sono da intendersi come i fondi da includere nell'operazione di ribilanciamento:

Fondi Oggetto di Ribilanciamento								
CODICE FONDO*	NOME FONDO	%	CODICE FONDO*	NOME FONDO	%	CODICE FONDO*	NOME FONDO	%

(*): Per l'elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni, si rimanda all'Allegato in calce al presente Modulo

La sommatoria delle percentuali d'investimento sopra indicate deve risultare pari a 100%

NOTA BENE: Si segnala che in caso di incongruenza tra codice e nome del Fondo, ai fini della presente richiesta, prevale il CODICE FONDO indicato in tabella.

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 Dartà (al momento della sottoscrizione della proposta oppure successivamente, se una variazione di tali dati si è già avvertita)

ovvero

allego la documentazione comprovante i poteri di firma, che aggiornano quelli precedentemente comunicati a Dartà (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)

Il sottoscritto Contraente conferma di avere ricevuto una dichiarazione di adeguatezza contenente la descrizione del consiglio fornito e l'indicazione dei motivi posti alla base della raccomandazione, nonché un'apposita informativa sui costi del prodotto e del servizio.

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.

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

DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Dichiaro di aver ricevuto il "Report di Valutazione dell'Adeguatezza" (codice simulazione _____) elaborato dall'Intermediario autorizzato riguardo all'operazione richiesta. Confermo di aver compreso appieno le informazioni contenute nel report relative agli effetti che l'operazione avrà sull'adeguatezza complessiva del mio portafoglio di investimenti.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)