

Modulo di switch a richiesta

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA) **Prodotto:** 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 Soggetto munito dei poteri di firma 2 COGNOME E NOME CODICE FISCALE Il Contraente chiede che venga effettuata l'operazione di trasferimento (switch) delle quote collegate al Fondo interno indicato nella colonna "Fondo di partenza" verso il/i Fondo/i interno/i indicato/i nella colonna "Fondo/i di destinazione" (con un limite di due altri Fondi interni), come indicato nella seguente tabella. In caso si voglia trasferire le quote da due "Fondi di partenza" (limite massimo possibile in occasione della presente richiesta) dovranno essere compilate entrambe le tabelle di seguito riportate. Alternativamente, il Contraente potrà indicare la nuova ripartizione complessiva finale tra i Fondi interni, compilando il "Modulo di switch: ribilanciamento della posizione". FONDO DI PARTENZA FONDO/I DI DESTINAZIONE CODICE* CODICE* NOME* % NOME* 100% Se si vuole lasciare una parte del capitale nel "Fondo di partenza", si prega di riportare il suo nome nella colonna "Fondo/i di destinazione" con la relativa percentuale (vedi esempio in calce al presente modulo). FONDO DI PARTENZA FONDO/I DI DESTINAZIONE CODICE* CODICE* NOME* % NOME* 100% Se si vuole lasciare una parte del capitale nel "Fondo di partenza", si prega di riportare il suo nome nella colonna "Fondo/i di destinazione" con la relativa percentuale (vedi esempio in calce al presente modulo).

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.

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

DARTA Saving Life Assurance dac Company No.: 365015 Share Capital € 5,000,000 fully paid Regulated in Ireland by the Central Bank of Ireland Registered Office Maple House, Temple Road, Blackrock Dublin, A94 Y9E8 Ireland Tel. +353 1 242 23 00 - Fax +353 1 242 23 02 www.cllianzdarta.ie. DARTACHFD Ed. 10/2025

In caso di soggetto/i munito/i dei poteri di firma e se	empre 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)	
Il sottoscritto il 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.	
AD ECCEZIONE DI CHALLENGE e SPECIAL 5: Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, anteriormente alla sottoscrizione del presente modulo, il Documento contenente le informazioni chiave (KID generico) del prodotto e i KID specifici delle proposte di investimento selezionate, di avere avuto il tempo sufficiente per prenderne visione e comprenderne il contenuto e di poter trovare tutti i Documenti contenenti le informazioni chiave sul sito internet della Compagnia www.allianzdarta.ie o poterli richiedere al distributore.	
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 prom documento d'identità del/i firmatario/i in cui risulti la firm	otore finanziario, allegare al modulo la fotocopia fronteretro di un valido a leggibile dello/gli stesso/i.
SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA	
Il sottoscritto	cod.
ai sensi della normativa antiriciclaggio italiana e rel dell'Adeguata Verifica, attesta con la presente sotto normativa di riferimento in merito al Contraente (o del,	lativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato scrizione di aver svolto tutte le attività prescritte a suo carico dalla /i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).
LUOGO E DATA	FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA
DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE	
	dell'Adeguatezza" (codice simulazione) elaborato ichiesta. Confermo di aver compreso appieno le informazioni contenute 'adeguatezza complessiva del mio portafoglio di investimenti.
LUOGO E DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (O DEL/I SOGGETTO/I MUNITO/I DEI POTERI DI FIRMA)