

Modulo di richiesta di variazione "Easy Switch"

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.

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

PIANO DI SWITCH AUTOMATICI "EASY SWITCH"

Il Contraente **chiede** di MODIFICARE le caratteristiche del Piano di Switch Automatici "Easy Switch" come segue:

Frequenza switch

- Annuale (minimo 1.200 euro per ogni Fondo)
- Semestrale (minimo 600 euro per ogni Fondo)
- Trimestrale (minimo 300 euro per ogni Fondo)
- Mensile (minimo 100 euro per ogni Fondo)

Importo switch

- ALLIANZGI Tesoreria:
- PIMCO OBBLIGAZIONARIO PRUDENTE:
- ALLIANZGI ROC:
- INVESTITORI Start:
- PIMCO Euro Short Term:

Trasferire dal Fondo interno:

- € _____
- € _____
- € _____
- € _____
- € _____

(Si prega di selezionare un solo Fondo interno di partenza)

(si prega di considerare gli importi minimi previsti per ogni Fondo di destinazione in base alla frequenza scelta)

Attivazione "Easy Switch Pro" Attivabile solo se si è scelta una frequenza mensile

- Sì Easy Switch Pro prevede che se il Fondo di destinazione selezionato registra una determinata perdita nel mese intercorrente tra uno Switch e il successivo l'importo da trasferire varia. Vi invitiamo a leggere le Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.
- NO

Attivazione "Ammontare Massimo" Easy Switch

- Sì Importo (Euro): _____
- NO

L'importo massimo complessivo che si vuole trasferire dal Fondo di provenienza al Fondo di destinazione. Vi invitiamo a leggere le Condizioni di Assicurazione per maggiori dettagli.

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.allianzdarta.ie

DARTACHVES
Ed. 01/2026

Darta Saving life Assurance Designated Activity Company, trading as Allianz Darta Saving, is a wholly owned subsidiary of Allianz SpA and part of "Gruppo Assicurativo Allianz", member of "Albo gruppi assicurativi" n. 18 in Italy

Fondo di destinazione

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.

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

N.B.: Per usufruire dell'opzione "Easy Switch" è indispensabile che sul Fondo "ALLIANZGI Tesoreria" oppure "PIMCO Obbligazionario Prudente" oppure "ALLIANZGI ROC" oppure "PIMCO Euro Short Term" oppure "INVESTITORI Start" sia investita una parte dei Premi versati. Qualora non vi siano premi investiti, bisogna in aggiunta compilare una Richiesta di Switch.

Il sottoscritto, Contraente della proposta/polizza sopra indicata, **dichiara di aver preso visione ed accettato le condizioni relative a tale opzione e ai costi** contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

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 Controente)

UOGO 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 fronte/retro 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