

MODULO DI SOSPENSIONE/RIATTIVAZIONE DEL PIANO DI PREMI RICORRENTI

Dg Invjarsi q Alljanz 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 F

DATA DI NASCITA

Soggetto munito dei poteri di firma 2

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

Il Contraente della suddetta polizza, ai sensi dell'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, **chiede:**

- ☐ **di sospendere** il Piano di Premi ricorrenti.
- ☐ **di riattivare** il pagamento dei Premi ricorrenti secondo il Piano di premi ricorrenti originariamente sottoscritto.

La Società provvederà a sospendere o riattivare il Piano, tenuto conto che dalla data di ricevimento della richiesta da parte della Società al giorno previsto di incasso del Premio ricorrente tramite addebito diretto SEPA D.D. devono decorrere almeno 30 giorni. Nel caso di riattivazione del Piano di premi ricorrenti saranno mantenute ferme la frequenza dei pagamenti e le date di incasso originariamente previste. In tal caso il Piano di premi ricorrenti viene prolungato di tanti Premi ricorrenti quanti quelli non versati durante la sospensione del Piano stesso, sempreché l'Assicurato al termine del Piano non superi i 90 anni di età.

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FILIALE

[illegible]

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: _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.

Il riferimento di Mandato coincide con il numero di polizza

Creditore: Darta Saving Life Assurance dac, Maple House, Temple Road, Blackrock, Dublin, Ireland

Codice identificativo del creditore: IE05SDD360491

Tipo di pagamento: ricorrente

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Darta a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Darta. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed

alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. In tal caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto (*).

(*) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

☐ AUTORIZZO

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

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 relativi poteri conferiti; copia del documento di identità e del codice fiscale della/e persona/e autorizzata/e ad operare per conto dell'Investitore-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 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 soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

**DOCUMENTO A SUPPORTO DELLA COMPILAZIONE DEL MODULO
NON INVIARE A DARTA**

Elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni collegati a Darta Easy Multiline

FONDO INTERNO	CODICE FONDO
XCLASSIC PIMCO Balance 60%-40%	AD16
TEAM JP MORGAN AM	AD17
TEAM BLACKROCK	AD18
TEAM CARMIGNAC	AD19
TEAM PICTET	AD20
TEAM MORGAN STANLEY	AD21
TEAM SCHRODERS	AD23
TEAM ALLIANZ GLOBAL INVESTORS	AD25
TEAM TEMPLETON	AD35
TEAM INVESCO	AD41
TEAM AMUNDI	AD44
TEAM KAIROS	AD45
XCLASSIC ALLIANZGI Eur Eq Sel	AD50
XCLASSIC FIDELITYChinaConsumer	AB02
XTREND PICTET Smart City	AB21
XCLASSIC ALLIANZGI Inc&Growth	AB31
Darta Obiettivo Crescita	AB55
TEAM M&G	AB56
XCLASSIC GS Emerging CORE Equity	AB78
XCLASSIC BGF ESG Multi-Asset	AC63
XCLASSIC FIDELITY World	AH29
XTREND M&G Glb Infrastructure	AE02
XTREND SCHRODER Climate Change	AE20
XTREND BGF World Healthscience	AC66
XTREND ROBECO Consumer Trends	AE16
XCLASSIC AMUNDI ESG Improvers	AG20