

MODULO DI VERSAMENTO AGGIUNTIVO

Da Inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA) via fax al numero 00353 1 2422301

PRODOTTO: **DARTA TARGET SOLUTION**

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 (PER DARTA EASY SELECTION E DARTA TARGET SOLUTION IMPORTO MINIMO EURO 2.500)

DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C

BANCA

FILIALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (OBBLIGATORIO)

1. _____ COGNOME E NOME COINTERSTATARIO Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____
2. _____ COGNOME E NOME COINTERSTATARIO Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____
3. _____ COGNOME E NOME COINTERSTATARIO Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____
se legame "Altro" (cod. 17) 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 IE73 AIBK 9320 8652 7560 62 - 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..

Autorizzo

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

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

LA RIPARTIZIONE DEL PREMIO AGGIUNTIVO LORDO (DA INDICARE PER TUTTI I PRODOTTI)

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

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

Il Contraente può effettuare il versamento aggiuntivo esclusivamente sul Fondo interno Darta Obiettivo Crescita se ha selezionato tale Fondo al momento della sottoscrizione della proposta. Per le polizze con l'opzione di Switch automatico attiva, il premio aggiuntivo verrà inizialmente investito nel fondo Darta Target Stone come previsto da condizioni contrattuali.

BONUS

Pari a una % del Premio Versato che può variare da 0,01% a 4,00% ed è riconosciuto in termini di quote aggiuntive del/i Fondo/i interno/i % (NUMERO CON DUE DECIMALI)

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 DELL'INVESTITORE-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.**LEGENDA****Tabella A - relazione tra il Beneficiario e il Contraente / tra cointestatari del conto corrente**

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	madre/padre	11	Nipote (di nonno/a)
02	Marito/moglie	12	Nipote (di zio/a)
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	13	Cugino/a
04	Fratello/sorella	14	Fidanzato/a
05	Figlio/a	15	Rapporti aziendali
06	Nonno/a	16	Rapporti professionali
07	Zio/a	17	altro – da indicare nel modulo (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa)
08	Genero/nuora		
09	Cognato/cognata		
10	Suocero/suocera		