Allianz | Allianz Darta Saving

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 _____ DATA DI NASCITA _____

Soggetto munito dei poteri di firma 2

COGNOME E NOME _____ CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____

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*	NOME*	CODICE*	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*	NOME*	CODICE*	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.allianzdarta.ie.

DARTACHFD
Ed. 10/2026

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

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)

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 promotore finanziario, allegare al modulo la fotocopia fronteretro 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)