Allianz | Allianz Darta Saving

Modulo di switch: ribilanciamento della posizione

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 ai Fondi interni **e sceglie la nuova ripartizione percentuale dell'investimento** tra i Fondi interni come di sotto indicato (si prega di considerare il numero massimo di Fondi sottoscrivibili complessivamente, pari a: 40 per la vers. CAPITAL e PLAN&CAPITAL/20 per la vers. PLAN di Challenge e Challenge Pro, 40 per Challenge Private, tutti i Fondi disponibili per Blazar, Blazar 3X e Darta Bonus Builder).

I fondi contenuti nella tabella successiva sono da intendersi come i fondi da escludere dall'operazione di ribilanciamento:

Fondi da Mantenere

CODICE FONDO*	NOME FONDO	CODICE FONDO*	NOME FONDO	CODICE FONDO*	NOME FONDO

I fondi contenuti nella tabella successiva sono da intendersi come i fondi da includere nell'operazione di ribilanciamento:

Fondi Oggetto di Ribilanciamento

CODICE FONDO*	NOME FONDO	%	CODICE FONDO*	NOME FONDO	%	CODICE FONDO*	NOME FONDO	%

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

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.

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.

DARTACHRP
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)