

Modulo di switch

Da inviarsi a Allianz Darta Saving (DARTA)

Prodotto: PersonalWay

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 Fondo interno indicato nella colonna "Fondo di destinazione".

FONDO DI PARTENZA		FONDO/I DI DESTINAZIONE		
CODICE*	NOME*	CODICE*	NOME*	%
_____	_____	_____	_____	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

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 avvertita)

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 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.

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, anteriormente alla sottoscrizione del presente modulo, il Documento contenente le informazioni chiave (KID generico) del prodotto PersonalWay, 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.allianzdart.it 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 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

DOCUMENTO A SUPPORTO DELLA COMPILAZIONE DEL MODULO. NON INVIARE A DARTA**Elenco dei codici e dei nomi dei Fondi interni**

Codice fondo	Fondo interno	Codice fondo	Fondo interno
AD42	PERSONAL SELECTION	AE55	PERSONAL STRATEGY 50
AE53	PERSONAL STRATEGY 75	AG96	PERSONAL INCOME
AE54	PERSONAL STRATEGY 30		