

# Modulo di richiesta variazione delle caratteristiche della prestazione ricorrente

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 della suddetta polizza:

esercente attività commerciale

(se non verrà barrata la casella, la suddetta polizza sarà intesa come non stipulata dal Contraente nell'esercizio di attività commerciale)

**chiede** di modificare le caratteristiche della Prestazione Ricorrente come segue:

### CARATTERISTICHE

#### FREQUENZA di erogazione:

Annuale     Semestrale     Trimestrale     Mensile

#### IMPORTO ANNUO PERCENTUALE della Prestazione Ricorrente, calcolato sull'importo del Premio Unico Iniziale investito:

1,00%     2,00%     3,00%     4,00%

Indicare di seguito le nuove coordinate bancarie del Contraente sulle quali effettuare i bonifici relativi alla prestazione ricorrente erogata:

### DATI BANCARI DEL CONTRAENTE

INTESTATARIO DEL C/C \_\_\_\_\_

BANCA \_\_\_\_\_

FILIALE \_\_\_\_\_

IBAN (OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome cointestatario  
Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): \_\_\_\_\_  
se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome cointestatario  
Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): \_\_\_\_\_  
se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome cointestatario  
Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda - Tab. A): \_\_\_\_\_  
se legame "Altro" (cod. 21) dettagliare: \_\_\_\_\_

**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 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 frontetero di un valido documento d'identità del/i firmatario/i in cui risulti la firma leggibile dello/gli stesso/i.**

**DICHIARAZIONE DI ESISTENZA IN VITA DELL'ASSICURATO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ AUTORITÀ CHE HA RILASCIATO IL DOCUMENTO \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO \_\_\_\_\_

DICHIARA DI ESSERE TUTTORA VIVENTE

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ASSICURATO

**Allegare al modulo la fotocopia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato firmata da quest'ultimo o altro documento equipollente (anche in forma di autocertificazione) allo scopo di attestare l'esistenza in vita del medesimo.**

**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

**Tabella A - Relazione tra il Beneficiario e il Contraente / tra cointestatari del conto corrente**

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
01	Madre/padre	06	Nonno/a	13	Cugino/a	18	Rapporti professionali fornitore
02	Marito/moglie	07	Zio/a	14	Fidanzato/a	19	Rapporti professionali cliente
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	08	Genero/nuora	15	Rapporti aziendali dipendente/datore di lavoro	20	Rapporti professionali distributore o partner
04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	16	Rapporti aziendali	21	Altro - da indicare in Proposta
05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	17	Rapporti aziendali socio o titolare effettivo		
		11	Nipote (di nonno/a)				
		12	Nipote (di zio/a)				

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 21 Altro: beneficenza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)