

MODULO DI VERSAMENTO AGGIUNTIVO

darta saving

Da inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE Ltd. 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 cointestatario	Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____ se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____	
2. _____ Cognome e Nome cointestatario	Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda – Tab. A): _____ se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____	
3. _____ Cognome e Nome cointestatario	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)

Bonificobancario
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 8680 0659 24 - 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/i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

_____ LUOGO E DATA
_____ FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

Legenda

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

01 madre/padre	10 suocero/a
02 marito/moglie	11 nipote (di nonno/a)
03 legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	12 nipote (di zio/a)
04 fratello/sorella	13 cugino/a
05 figlio/a	14 fidanzato/a
06 nonno/a	15 rapporti aziendali
07 zio/a	16 rapporti professionali
08 genero/nuora	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
09 cognato/a	