

MODULO DI SWITCH A RICHIESTA

Da Inviarsi a DARTA SAVING LIFE ASSURANCE dac

PRODOTTO: PHILOSOPHY

POLIZZA N.

DATI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE		
COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE		CODICE FISCALE/PARTITA IVA
Nel caso in cui l'Investitore-Contraente sia Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno dell'Investitore-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 **chiede** che venga effettuata, a norma di quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, l'operazione di **trasferimento (switch) delle quote collegate al Fondo interno:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Darta Target Silver | <input type="checkbox"/> Darta Target Gold |
| <input type="checkbox"/> ALLIANZGI Capital Plus | <input type="checkbox"/> ALLIANZGI Strategy 75 |
- verso il Fondo interno**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Darta Target Silver | <input type="checkbox"/> Darta Target Gold |
| <input type="checkbox"/> ALLIANZGI Capital Plus | <input type="checkbox"/> ALLIANZGI Strategy 75 |

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 Saving (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 Saving (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 dell'Investitore-Contraente)

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'INVESTITORE-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 all'Investitore-Contraente (o del/i soggetto/i munito/i dei poteri di firma).

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