



Antrag auf regelmäßige Rückkäufe

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKSCHRIFT aus. Für Policen, die am oder nach dem 1. Januar 2001 in Kraft traten, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Erklärung über einen Wohnsitz außerhalb Irlands“ aus.

1. SCHRITT ANGABEN ZUM VERTRAG

Vertragstyp (bitte nur ein Feld ankreuzen)

SMI VIP Plan

Controlled Capital Plan

VERTRAGSNUMMER

2. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR PRIVATANLEGER

Versicherungsnehmer 1

Anrede (bitte ankreuzen) Herr Frau Sonstige
(bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)
(bitte ausschreiben)

Adresse
(für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 2 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen) Herr Frau Sonstige
(bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)
(bitte ausschreiben)

Adresse
(für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 3 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen) Herr Frau Sonstige
(bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)
(bitte ausschreiben)

Adresse
(für Korrespondenz)

Versicherungsnehmer 4 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen) Herr Frau Sonstige
(bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)
(bitte ausschreiben)

Adresse
(für Korrespondenz)

Ist ein weiterer Versicherungsnehmer vorhanden, kopieren Sie bitte den 2. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Versicherungsnehmer ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite diesem Antrag auf regelmäßige Rückkäufe bei.

3. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR UNTERNEHMEN

Name des Unternehmens

Adresse
(für Korrespondenz)

Bitte tragen Sie die Angaben aller Unterschriftsberechtigten ein, die befugt sind, Anweisungen bezüglich der Police zu erteilen.

Name des 1. Unterschriftsberechtigten

Name des 2. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 3. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 4. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Ist ein weiterer Unterschriftsberechtigter vorhanden, kopieren Sie bitte den 3. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Unterschriftsberechtigten ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite diesem Antrag auf regelmäßige Rückkäufe bei.

4. SCHRITT**ANGABEN ZUM RÜCKKAUF**Rückkaufbetrag (Mindestbetrag: E300/US\$300/£200) (Siehe Hinweis 1) * Unzutreffendes bitte streichenHäufigkeit der Zahlungen : Monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich
(bitte nur ein Feld ankreuzen)Beginn der regelmäßigen Rückzahlungen (Tag/Monat/Jahr)

Zahlungsmodalitäten

Zahlungsart: (Siehe Hinweis 2) Scheck Telegrafische Überweisung

Wenn Sie Scheck angekreuzt haben, machen Sie bitte folgende Angaben.

Wer soll die Zahlungen erhalten?

A der vorgenannte Begünstigte, mit Namen

ODER

B der im 5. Schritte genannte Begünstigte

ODER

C Name des Empfängers Adresse, an die die Zahlungen geschickt werden sollen

Wenn Sie Telegrafische Überweisung angekreuzt haben, geben Sie bitte Ihre Bankverbindung an

Name der Bank Adresse Name des Kontoinhabers Kontonummer SWIFT-/Sortiercode

- Hinweis:
1. Der jährlich zulässige Höchstbetrag für Rückkäufe hängt von der Vertragsart ab.
 2. Die Kosten für telegrafische Überweisungen werden vor der Auszahlung von den regelmäßigen Rückkaufbeträgen in Abzug gebracht. Wenn Sie also einen regelmäßigen Rückkauf von E300 monatlich beantragt haben, werden E300 abzüglich der Transaktionskosten ausgezahlt.
 3. Je nach Vertragsart berücksichtigt der Anteilswert alle geltenden Schlussboni, Marktwertreduzierungen, Einkommensteuern, Zuweisungs- oder Rückkaufsgebühren.
 4. Alle innerhalb von 10 Jahren nach dem Beginn der Versicherung getätigten Rückkäufe unterliegen gegebenenfalls einer Versicherungssteuer von 7% auf den Rückkaufbetrag.

5. SCHRITT**BENENNUNG DER BEGÜNSTIGTEN**

Die nachstehende Person soll die regelmäßigen Rückzahlungen erhalten:

Anrede (bitte ankreuzen) Herr Frau Frau Sonstige (bitte ausschreiben)Familiename Vorname(n) (bitte ausschreiben) Geburtsdatum Adresse (für Korrespondenz) **6. SCHRITT****ERKLÄRUNG**

Ich erkläre hiermit, dass ich befugt bin, Anweisungen bezüglich des oben genannten Versicherungsvertrags zu erteilen. Ich beauftrage Scottish Mutual International hiermit, regelmäßige Rückzahlungen gemäß den vorstehend gemachten Angaben durchzuführen.

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 1. Unterschriftsberechtigten

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 2. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 3. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / 4. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Datum

Falls weitere Versicherungsnehmer / Unterschriftsberechtigte des Versicherungsvertrags vorhanden sind, kopieren Sie bitte diese Seite, tragen Sie die entsprechenden Angaben für jeden zusätzlichen Versicherungsnehmer / Unterschriftsberechtigten ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite diesem Antrag auf regelmäßige Rückkäufe bei.

Scottish Mutual International Limited ist vom Ministerium für Handel und Beschäftigung (Department of Enterprise Trade and Employment, oder seinem entsprechenden Nachfolger) in der Republik Irland ermächtigt, Lebensversicherungsgeschäfte zu tätigen.

Korrespondenzadresse: Scottish Mutual International Limited, Styne House, Upper Hatch Street, Dublin 2, Republik Irland.
Tel: (+353-1) 804 4088. Fax: (+353-1) 804 4005. Internetadresse: www.smi.ie

Scottish Mutual International Limited wird von der irischen Finanzdienstleistungsaufsicht (Irish Financial Regulator) reguliert. Registrierter Sitz: 25-28 North Wall Quay, Dublin 1, Irland. In Irland unter Nummer 242244 eingetragen.

