

## Modulo di richiesta permanente di prelevamento

La preghiamo di completare il presente modulo in **STAMPATELLO**.

La preghiamo inoltre di completare il modulo 'Dichiarazione di non residenza in Irlanda'.

### PARTE 1 INFORMAZIONI RELATIVE AL TITOLO

Tipo di contratto  Garanzia con Assicurazione sulla vita

NUMERO DELLA POLIZZA

### PARTE 2 TITOLARI DELLA POLIZZA - RISERVATO AGLI INVESTITORI PRIVATI

#### Titolare 1

Indicare se  Sig.  S..ra  S.na  Altro (per esteso)

Nome

Cognome(i)  
(per esteso)

  


Indirizzo  
(postale)

  


#### Titolare 2 (se esistente)

Indicare se  Sig.  S..ra  S.na  Altro (per esteso)

Nome

Cognome(i)  
(per esteso)

  


Indirizzo  
(postale)

  


#### Titolare 3 (se esistente)

Indicare se  Sig.  S..ra  S.na  Altro (per esteso)

Nome

Cognome(i)  
(per esteso)

  


Indirizzo  
(postale)

  


#### Titolare 4 (se esistente)

Indicare se  Sig.  S..ra  S.na  Altro (per esteso)

Nome

Cognome(i)  
(per esteso)

  


Indirizzo  
(postale)

  


Nel caso esistano altri titolari della polizza, si prega di copiare la Parte 2, inserendo le informazioni richieste per ciascun titolare aggiuntivo allegando la pagina al presente Modulo di richiesta permanente di prelevamento.

**PARTE 3****TITOLARI DELLA POLIZZA - RISERVATO AGLI INVESTITORI ISTITUZIONALI**

Denominazione della Società

Indirizzo (postale)

  
  

**Si prega di inserire le informazioni negli spazi sottostanti per ciascuno dei Rappresentanti con poteri di firma autorizzati a conferire disposizioni relative alla polizza.**

Nome e cognome del  
Rappresentante 1Nome e cognome del  
Rappresentante 2 (se esistente)Nome e cognome del  
Rappresentante 3 (se esistente)Nome e cognome del  
Rappresentante 4 (se esistente)

Nel caso in cui per la polizza esistano altri rappresentanti con poteri di firma, si prega di copiare la Parte 3, inserendo le informazioni richieste per ciascun rappresentante con poteri di firma allegando la pagina al presente Modulo di richiesta permanente di prelevamento.

**PARTE 4****INFORMAZIONI RELATIVE AL PRELEVAMENTO**

Importo

\*Cancellare la voce che non interessa

(importo min 300Euro/US\$300/£200)

(Vedi nota 1)

Frequenza dei prelevamenti:

(scegliere una sola opzione)

 Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Data di inizio dei prelevamenti permanenti:

(giorno / mese / anno)

**Informazioni sul pagamento**

Il pagamento tramite ordine di prelevamento permanente può essere effettuato tramite assegno o bonifico sul conto dell'Intermediario autorizzato indicato nel Modulo di richiesta. I pagamenti tramite bonifico saranno soggetti a commissione.

Modalità di pagamento:

 Assegno bancario Bonifico

(Vedi nota 2)

Nota:

1. I prelevamenti permanenti potranno normalmente ammontare a un massimo del 7,5% del valore della polizza al momento dell'avvio dei prelevamenti permanenti.
2. Il costo dei bonifici verrà detratto direttamente. Pertanto, nel caso in cui si scelga un prelevamento mensile permanente di 300Euro l'importo corrisposto sarà di 300Euro meno il costo dell'operazione.
3. Il valore delle quote cancellate sarà comprensivo del Bonus finale, della Diminuzione del valore di mercato, nonché delle Commissioni di sottoscrizione e di uscita.

Dichiaro di avere il potere di impartire ordini relativi alla polizza in oggetto. Autorizzo pertanto Scottish Mutual International Limited a effettuare prelevamenti permanenti secondo le modalità sopra indicate.

Firma del titolare/Rappresentante con poteri di firma 1

Data

Firma del titolare/Rappresentante con poteri di firma 2 (se esistente)

Data

Firma del titolare/Rappresentante con poteri di firma 3 (se esistente)

Data

Firma del titolare/Rappresentante con poteri di firma 4 (se esistente)

Data

Nel caso esistano altri titolari / rappresentanti autorizzati con poteri di firma della polizza, si prega di copiare la presente pagina, inserendo le informazioni richieste per ciascun titolare aggiuntivo/rappresentante con poteri di firma, allegando la pagina al presente Modulo di richiesta permanente di prelevamento.



Indirizzo postale: Scottish Mutual International Limited, Styne House, Upper Hatch Street, Dublino 2, Irlanda  
Telefono (+353-1) 804 4000. Fax (+353-1) 804 4041.

Scottish Mutual International Limited è disciplinata dall'Irish Financial Regulator.  
Sede legale: 25-28 North Wall Quay, Dublin 1, Irlanda. N. di registrazione in Irlanda 242244.

IZI115/0109

