

Dichiarazione di smarrimento della polizza

La preghiamo di compilare il presente modulo in STAMPATELLO.

PARTE 1 INFORMAZIONI RELATIVE AL TITOLO

Tipo di contratto

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 e allegare la pagina alla presente Dichiarazione di smarrimento della Polizza.

PARTE 3 TITOLARI DELLA POLIZZA - RISERVATO AGLI INVESTITORI

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 1

Nome 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 esistano altri rappresentanti con potere di firma della polizza, si prega di copiare la Parte 3, inserendo le informazioni richieste per ciascun titolare aggiuntivo e allegare la pagina alla presente Dichiarazione di smarrimento della Polizza.

PARTE 4 DICHIARAZIONE

Dichiaro quanto segue:

- che la Polizza è stata smarrita;
- di essere il legittimo titolare della suddetta polizza e beneficiario dei frutti della medesima;
- che la polizza non è stata ceduta, data in garanzia o trasferita a persone che potrebbero vantare diritti sulla medesima;
- di impegnarmi a restituire a SMI la polizza qualora fosse ritrovata;
- di risarcire a SMI qualunque onere o spesa causati da dichiarazioni non veritiere e/o il pagamento degli importi relativi al riscatto avvenuto senza la restituzione a SMI della Polizza.

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 e allegare la pagina alla presente Dichiarazione di smarrimento della Polizza.

Disribuzione vietata negli USA o in Canada.

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.