MODULO VALIDO DAL 1° AGOSTO 2020

COGNOME E NOME
"SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO"

AZIMUT LIFE

1st Floor, Block 5, Irish Life Centre,
Abbey Street Lower, Dublin 1, D01 P767
Ireland

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Cusani, 4 - 20121 Milano

AZ Navigator PLUS

UNIT LINKED
AZIMUT Financial Insurance SpA
Via Cusani, 4 - 20121 Milano
(SOGGETTO DISTRIBUTORE)

400005101010265

SIMULA

DISPOSIZIONE DI

☐ **VERSAMENTO PREMIO AGGIUNTIVO** ☐ **RISCATTO TOTALE/PARZIALE**

CONTRAENTE

COD. CLIENTE _____ COD. DOSSIER _____

COGNOME _____ NOME _____

Io Sottoscritto, in qualità di Contraente della Polizza N° _____, chiedo l'esecuzione della seguente disposizione:

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

1 **VERSAMENTO PREMIO AGGIUNTIVO** pari a Euro ___ . ___ . ___ , ___ derivante da ___ (1)

(1) **ORIGINE VERSAMENTO:**
001 Pensione
002 Reddito lavoro autonomo
003 Reddito lavoro dipendente
004 Risparmio
005 Successione
006 Donazione
007 Disinvestimento
008 Vincita
009 Liquidazione premi
010 Vendita beni immobili
011 Vendita beni mobili
012 Vendita/acquisto società
013 Incasso da Clienti

che verrà effettuato nel Fondo Interno Dedicato.

Tale versamento aggiuntivo, effettuato all'ordine di "Azimut Financial Insurance SpA", viene corrisposto:

A a mezzo BONIFICO BANCARIO: IBAN IT (PAESE) 67 (CIN EUROPEO) M (CIN ITALIA) 05034 (CODICE ABI) 11701 (CODICE CAB) 000000020210 (NUMERO CONTO CORRENTE)
presso il Banco BPM Società per Azioni.

B a mezzo ASSEGNO/I CIRCOLARE/BANCARIO/I(2) non trasferibile/i:

ABI ___ CAB ___ N. ASSEGNO ___ N. CONTO ___

ABI ___ CAB ___ N. ASSEGNO ___ N. CONTO ___

C tramite utilizzo del controvalore riveniente dal rimborso di prodotti/servizi del GRUPPO AZIMUT, come da disposizione allegata.

D tramite disposizione di trasferimento di parti di OICR, indicati nella distinta analitica qui allegata da me sottoscritta, trasmessi e/o messi a disposizione di Azimut Life contestualmente alla sottoscrizione del presente modulo.

E tramite disposizione di trasferimento di titoli, indicati nella distinta analitica qui allegata da me sottoscritta, trasmessi e/o messi a disposizione di Azimut Life contestualmente alla sottoscrizione del presente modulo.

ATTENZIONE: l'utilizzo delle modalità di versamento D ed E è consentito in misura massima pari al 20% del patrimonio del Fondo Interno Dedicato.

(2) Gli assegni si intendono salvo buon fine.

RISCATTO TOTALE/PARZIALE

2 **RISCATTO** (al lordo di eventuali oneri fiscali):

☐ TOTALE

☐ PARZIALE pari a Euro ___ . ___ . ___ , ___

L'importo netto riveniente dal riscatto mi sarà corrisposto a mezzo:

☐ BONIFICO BANCARIO accreditato su c/c, a me intestato

PAESE ___ CIN EUROPEO ___ CIN ITALIA ___ CODICE ABI ___ CODICE CAB ___ NUMERO CONTO CORRENTE ___

Banca _____

Filiale _____

☐ SOTTOSCRIZIONE del prodotto/servizio del GRUPPO AZIMUT, come da modulo allegato.

FIRMA

Con la sottoscrizione del presente modulo, che ricevo in copia, dispongo la suddetta operazione. Dichiaro inoltre – qualora la disposizione implichi il versamento di un premio aggiuntivo – di aver ricevuto, ai sensi della normativa vigente prima dell'effettuazione dell'operazione raccomandata, copia della documentazione d'offerta aggiornata e una dichiarazione di adeguatezza contenente la descrizione della raccomandazione consigliata e delle motivazioni per cui la stessa corrisponde alle mie preferenze, ai miei obiettivi e alle altre mie caratteristiche e di avere preliminarmente preso visione dei costi associati, della componente di incentivi (monetari e non) percepiti dal Soggetto Distributore, dell'indicazione dell'effetto cumulativo dei costi sulla redditività e dell'eventuale vendita del prodotto al di fuori delle indicazioni stabilite da Azimut Life dac (fuori mercato target).
Il sottoscritto dichiara, anche ai sensi del D.Lgs. 231/2007 così come successivamente modificato e del Regolamento n° 5 IVASS del 21/07/2014, di essere – se persona fisica – titolare effettivo dell'operazione ovvero – se persona non fisica – che non è intervenuta alcuna modifica con riguardo al/ai titolare/i effettivo/i già dichiarato/i e a voi reso/i noto/i.

_____ (Luogo e data)

_____ FIRMA DEL CONTRAENTE

INCARICATO

È VIETATO IL VERSAMENTO IN CONTANTI.

_____
COGNOME, NOME E FIRMA DELL'INCARICATO DEL COLLOCAMENTO
(Firma facente fede dell'identificazione e dell'adeguata verifica del firmatario del presente modulo)

COD. 4000051 - 08/2020 - 5.000 -

ORIGINALE PER AZIMUT LIFE