

COGNOME E NOME  
"SOGGETTO INCARICATO  
DEL COLLOCAMENTO"

1<sup>st</sup> Floor, Block 5, Irish Life Centre,  
Abbey Street Lower, Dublin 1, D01 P767  
IrelandRappresentanza Generale per l'Italia  
Via Cusani, 4 - 20121 Milano

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

400004601010254

SIMULA

--	--	--	--	--	--	--	--

## SERVIZIO SWITCH PROGRAMMATO

## Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

COD. CLIENTE  COD. DOSSIER 

in qualità di Contraente della Polizza N° \_\_\_\_\_

## chiedo

 l'ADESIONE al SERVIZIO SWITCH PROGRAMMATO con le seguenti caratteristiche:importo mensile pari a . ,  € (minimo 1.000,00 €)(\*)

Fondo Interno di Provenienza (Fondo Interno da rimborsare) \_\_\_\_\_

Fondo Interno di Destinazione (Fondo Interno da sottoscrivere) \_\_\_\_\_

## DURATA (ATTENZIONE: LA DURATA MINIMA DEL SERVIZIO È PARI A 24 MESI)

a partire da  (\*\*)  
M M A A A A e  fino a  (\*\*)  
M M A A A A ovvero  fino a revoca espresa

## COSTI

L'adesione al SERVIZIO SWITCH PROGRAMMATO è gratuita. In deroga a quanto previsto dalle Condizioni di Contratto per le operazioni di switch, è previsto esclusivamente il prelievo - il **quinto giorno lavorativo** di ciascun mese in cui il SERVIZIO è attivo - di un diritto fisso mensile pari ad Euro 2,50. la VARIAZIONE dell'importo mensile: da . ,  € a . ,  € della durata: fino a  (\*\*)  
M M A A A A (ATTENZIONE: LA DURATA MINIMA DEL SERVIZIO È PARI A 24 MESI)

Con la sottoscrizione del presente modulo, che ricevo in copia, dispongo la suddetta operazione. Dichiaro inoltre 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

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

(\*) Così come riportato all'art. 11 delle Condizioni di Contratto, in caso di trasferimento parziale l'importo da destinare al Fondo Interno da sottoscrivere, **se già aperto al momento dell'operazione**, non può infatti essere inferiore a Euro 1.000. Qualora il Fondo Interno di destinazione sia di nuova apertura, prima che il **SERVIZIO SWITCH PROGRAMMATO** possa essere attivato, è tuttavia necessario il versamento su tale Fondo Interno di un importo non inferiore a Euro 10.000.

(\*\*) Le operazioni verranno eseguite con cadenza mensile il **quinto giorno lavorativo** a partire dal mese successivo a quello in cui la Compagnia ha ricevuto la presente richiesta.

ATTENZIONE: il SERVIZIO SWITCH PROGRAMMATO può essere impartito una sola volta a fronte del singolo Fondo Interno interessato.