

COGNOME E NOME "SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO"



AZIMUT LIFE

AZ GALAXY

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

UNIT LINKED

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



400006101010291

SIMULA

Simulation box with grid

DISPOSIZIONE DI

RISCATTO

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

SWITCH

CONTRAENTE

COGNOME _____ NOME _____

COD. CLIENTE _____ COD. DOSSIER _____ in qualità di Contraente della Polizza N° _____

chiedo l'esecuzione di una delle seguenti disposizioni (è possibile impartire una sola disposizione per volta):

1 RISCATTO (al lordo di eventuali costi ed eventuali oneri fiscali)

Form for Riscatto with percentage and amount boxes for Fondo Interno

DATI RIMBORSO PROGRAMMATO: la disposizione di rimborso verrà eseguita in forma programmata per l'importo unitario di cui sopra a valere sul/i Fondo/i Interno/i _____ (indicare uno o più Fondi esclusivamente tra quelli sopra riportati) a partire dal _____ fino al _____ fino a revoca espressa

Il rimborso verrà eseguito con cadenza trimestrale secondo i seguenti periodi di riferimento: 1/12-28/2 (29/2); 1/3-31/5; 1/6-31/8; 1/9-30/11.

L'importo netto riveniente dal riscatto parziale/totale/programmato, mi sarà corrisposto a mezzo:

Bonifico Bancario accreditato sul c/c a me intestato

Form for bank account details: 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.

RISCATTO

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

2 VERSAMENTO AGGIUNTIVO per un importo lordo pari a Euro _____ derivante da _____

Table with origins: 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

ripartito come segue:

Form for additional payment distribution with percentage and amount boxes for Fondo Interno

corrisposto tramite:

BB bonifico bancario sul c/c IBAN IT67 M 05034 11701 00000020210 intestato ad AZIMUT FINANCIAL INSURANCE S.p.A. presso il Banco BPM Società per Azioni

AC/B assegno circolare intestato all'Investitore-Contraente ovvero assegno bancario non trasferibile intestato ad AZIMUT FINANCIAL INSURANCE S.p.A.:

Form for check details: CODICE ABI, CODICE CAB, NUMERO ASSEGNO, NUMERO CONTO CORRENTE

SW utilizzo del controvalore riveniente dal rimborso dei prodotti/servizi del GRUPPO AZIMUT.

SDD SEPA Direct Debit (SDD) come da Mandato per addebito diretto SEPA allegato alla presente.

SWITCH

3 SWITCH: ACCETTATE SOLO LE PERCENTUALI RIMBORSO

SOTTOSCRIZIONE (la percentuale da indicare dovrà essere definita come percentuale di quanto complessivamente rimborsato)

Form for switch selection with percentage boxes for Fondo Interno

Con la sottoscrizione del presente modulo, che ricevo in copia, dispongo la suddetta operazione. Dichiaro inoltre - qualora la disposizione implichi versamenti anche a fronte di switch - 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

È VIETATO IL VERSAMENTO IN CONTANTI.

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

(2) ATTENZIONE: È PREVISTO UN LIMITE MASSIMO DI 12 FONDI INTERNI PER CONTRATTO. - (3) Gli assegni si intendono salvo buon fine.

SOGGETTO INCARICATO

FIRMA