

# Rückkaufantrag

Bitte füllen Sie dieses Formular in DRUCKSCHRIFT aus. Für Policen, die am oder nach dem 1. Januar 2001 in Kraft traten, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Erklärung über einen Wohnsitz außerhalb Irlands“ aus.

## 1. SCHRITT ANGABEN ZUM VERTRAG

Vertragstyp (bitte nur ein Feld ankreuzen)

SMI VIP Plan

Controlled Capital Plan

VERTRAGSNUMMER

## 2. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR PRIVATANLEGER

Versicherungsnehmer 1

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)

(bitte ausschreiben)

Adresse

(für Korrespondenz)

  
  


Versicherungsnehmer 2 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)

(bitte ausschreiben)

Adresse

(für Korrespondenz)

  
  


Versicherungsnehmer 3 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)

(bitte ausschreiben)

Adresse

(für Korrespondenz)

  
  


Versicherungsnehmer 4 (sofern zutreffend)

Anrede (bitte ankreuzen)

Herr

Frau

Frau

Sonstige (bitte ausschreiben)

Familienname

Vorname(n)

(bitte ausschreiben)

Adresse

(für Korrespondenz)

  
  


Ist ein weiterer Versicherungsnehmer vorhanden, kopieren Sie bitte den 2. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Versicherungsnehmer ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite diesem Rückkaufantrag bei.

### 3. SCHRITT VERSICHERUNGSNEHMER - NUR UNTERNEHMEN

Name des Unternehmens

Adresse (für Korrespondenz)

  
  

Bitte tragen Sie die Angaben aller Unterschriftsberechtigten ein, die befugt sind, Anweisungen bezüglich der Police zu erteilen.

Name des 1. Unterschriftsberechtigten

Name des 2. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 3. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Name des 4. Unterschriftsberechtigten (falls vorhanden)

Ist ein weiterer Unterschriftsberechtigter vorhanden, kopieren Sie bitte den 3. Schritt, tragen Sie die entsprechenden Angaben für den zusätzlichen Unterschriftsberechtigten ein und fügen Sie die ausgefüllte Seite diesem Rückkaufantrag bei.

### 4. SCHRITT ANGABEN ZUM RÜCKKAUF

Bitte klicken Sie in eines der folgenden Felder und füllen Sie dieses aus.

A. Vollständiger Rückkauf

Hinweis:

1. Stellen Sie sicher, dass die Versicherungsurkunde und alle sonstigen relevanten Dokumente z.B. die Abtretungsurkunde, mit diesem Formular zusammen eingereicht werden.

B. Teilrückkauf

Rückkaufbetrag

E/US\$/£\*

Hinweis:

1. Der Mindestbetrag für einen Teilrückkauf beträgt €300/U\$300/£200.

\* Unzutreffendes bitte streichen

Hinweis:

1. Je nach Vertragsart berücksichtigt der Anteilswert alle geltenden Schlussboni, Marktwertreduzierungen, Einkommensteuern, Zuweisungs- oder Rückkaufsgebühren. Die Aufschlüsselung aller eventuellen Gebühren steht auf Anfrage zur Verfügung.
2. Alle innerhalb von 10 Jahren nach dem Beginn der Versicherung getätigten Rückkäufe unterliegen gegebenenfalls einer Versicherungssteuer von 7% auf den Rückkaufbetrag.
3. Der Rückkauf erfolgt zum Anteilspreis, der am ersten Bewertungsstichtag nach Eingang aller erforderlichen Unterlagen ermittelt wird.
4. Wir empfehlen Ihnen, sich vor jeder Entnahme aus Ihrem Versicherungsvertrag bei Ihrem Finanzberater zu erkundigen.

Korrespondenzadresse: Scottish Mutual International Limited, Styne House, Upper Hatch Street, Dublin 2, Republik Irland.  
Tel: (+353-1) 804 4088. Fax: (+353-1) 804 4005. internetadresse: www.smi.ie

Scottish Mutual International Limited wird von der Zentralbank (Central Bank of Ireland) reguliert.  
Registerierter Sit: 25-28 North Wall Quay, Dublin 1, Irland. In Irland unter Nummer 242244 eingetragen.  
Eine aktuelle Liste der Manager mit den Details vorgeschrieben durch die Paragraphen (a), (b) und (c) des Absatzes 196(1) des Companies Act 1963 ist auf Anfrage erhältlich bei dem registrierten Sitz der Firm

AZD178/1110

