

Déclaration de perte du Plan

Veillez compléter ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES.

ÉTAPE N°1 RENSEIGNEMENTS SUR L'OBLIGATION

Type de contrat
(cochez une case
seulement)

Obligation d'investissement

Obligation internationale avec rapport

NUMÉRO DE PLAN

ÉTAPE N°2 DÉTENTEURS DE L'OBLIGATION - INVESTISSEURS À TITRE PERSONNEL UNIQUEMENT

Détenteur n°1

Titre
(cochez une case) M. Mme Melle Autre
(en entier)

Nom de famille

Prénom(s) (en entier)

Adresse

(de correspondance)

Détenteur n°2 (le cas échéant)

Titre
(cochez une case) M. Mme Melle Autre
(en entier)

Nom de famille

Prénom(s) (en entier)

Adresse

(de correspondance)

Détenteur n°3 (le cas échéant)

Titre
(cochez une case) M. Mme Melle Autre
(en entier)

Nom de famille

Prénom(s) (en entier)

Adresse

(de correspondance)

Détenteur n°4 (le cas échéant)

Titre
(cochez une case) M. Mme Melle Autre
(en entier)

Nom de famille

Prénom(s) (en entier)

Adresse

(de correspondance)

Pour tout détenteur supplémentaire, recopiez l'étape n°2 sur papier libre en indiquant tous les renseignements requis le concernant, puis joignez le feuillet à cette Déclaration de perte du Plan.

ÉTAPE N°3 DÉTENTEURS DE L'OBLIGATION - FIDUCIAIRES/INVESTISSEURS MORAUX UNIQUEMENT

Nom de la fiducie/société

Adresse (de correspondance)

Veuillez indiquer les renseignements suivants pour chaque fiduciaire/fondé de pouvoir habilité à donner des instructions concernant l'obligation.

Nom du fiduciaire/fondé de pouvoir n°1

Nom du fiduciaire/fondé de pouvoir n°2 (s'il en est)

Nom du fiduciaire/fondé de pouvoir n°3 (s'il en est)

Nom du fiduciaire/fondé de pouvoir n°4 (s'il en est)

Pour tout fiduciaire/fondé de pouvoir supplémentaire, recopiez l'étape n°3 sur papier libre en indiquant tous les renseignements requis le concernant, puis joignez le feuillet à la présente Déclaration de perte du Plan.

ÉTAPE N°4 DECLARATION

Je déclare que :

- Le Plan a été perdu.
- Je suis le détenteur légitime de l'obligation et je suis légalement habilité à percevoir les bénéfices de l'obligation susmentionnée.
- L'obligation n'a pas été attribuée, déposée en garantie ou donnée à quiconque ayant des droits dessus.
- Je renverrai le Plan à SMI s'il est retrouvé.
- Je dédommagerai SMI pour toute demande, perte ou dépense encourue si les déclarations précédentes se révèlent fausses et/ou le paiement des bénéfices a été effectué sans avoir renvoyé le Plan à SMI.

Signature du détenteur / fiduciaire / fondé de pouvoir n°1

Date

Signature du détenteur / fiduciaire / fondé de pouvoir n°2 (le cas échéant)

Date

Signature du détenteur / fiduciaire / fondé de pouvoir n°3 (le cas échéant)

Date

Signature du détenteur / fiduciaire / fondé de pouvoir n°4 (le cas échéant)

Date

Pour tout détenteur/fiduciaire/fondé de pouvoir supplémentaire, veuillez recopier cette page sur papier libre en indiquant tous les renseignements requis le concernant, puis joignez le feuillet à la présente Déclaration de perte du Plan.

Adresse de correspondance : Scottish Mutual International Limited, Styne House, Upper Hatch Street, Dublin 2, Irlande.
Numéro de téléphone: (+353-1) 804 4000. Fax: (+353-1) 804 4005. Site Web : www.smi.ie

La société Scottish Mutual International Limited est autorisée et réglementée par la Banque centrale d'Irlande et est immatriculée en Irlande sous le numéro 242244. Le siège social de la société se trouve au 25-28 North Wall Quay, Dublin 1, Irlande. Une liste à jour de ses administrateurs, contenant les renseignements demandés aux alinéas (a), (b) et (c) de l'article 196(1) de la loi sur les sociétés de 1963, est disponible sur demande adressée au siège de la société.

BZF199/1110

