

Mandato per Addebito Diretto SEPA Core Variante SDD Finanziario**Azienda Creditrice****AXA World Funds SICAV****49 Avenue J.F. Kennedy, L- 1855****Lussemburgo**

Luogo e Data _____

Alla Banca _____ Filiale di _____

Ag.N° _____ Indirizzo _____

Azienda Creditrice

Codice Creditore (c/o S.I.P. Banca Monte dei Paschi di Siena Spa)

IT75H26000000021682319

Motivo IncassoVersamento mensile trimestrale su Piano di Accumulo (barrare l'opzione scelta)**Coordinate Bancarie del conto da addebitare**

CP	CIN	CD	ABI	CAB	C/C
IT	_____	_____	_____	_____	_____

Intestazione ed indirizzo del conto da addebitare**DATI DEL SOTTOSCRITTORE**Cognome e Nome _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

Indirizzo _____

DATI DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTECognome e Nome _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/____ Cap _____ Prov. ___

Città _____ C.F. / P. IVA _____

Indirizzo _____

Descrizione del rapporto di debito

Versamento periodico di EUR _____ il giorno 27 di ciascun mese, o del primo mese del trimestre, a partire dal mese di _____ a favore di AXA World Funds SICAV (soggetto non residente) da accreditare sul c/c alla stessa intestato presso il S.I.P.

ADESIONE

Il/I sottoscrittore/i autorizza/autorizzano la Banca a margine a provvedere all'estinzione delle richieste di pagamento emesse dall'azienda creditrice tramite il soggetto incaricato dei pagamenti sopra citato, addebitando il conto sopra indicato ed applicando le condizioni indicate nel foglio informativo analitico posto a disposizione del correntista e le norme previste per il servizio senza necessità, per la Banca, di inviare la relativa contabile di addebito.

Dichiara/ano di essere a conoscenza che la Banca assume l'incarico dell'estinzione delle citate richieste prima della scadenza dell'obbligazione, a condizione che, al momento del pagamento, il conto sia in essere ed assicurati disponibilità sufficienti e che non sussistano ragioni che ne impediscano l'utilizzazione.

In caso contrario la Banca resterà esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità inerente al mancato pagamento ed il pagamento stesso dovrà essere effettuato all'Azienda Creditrice secondo le modalità previste dalla stessa.

Prendo/iamo atto che con la sottoscrizione del presente modulo il debitore autorizza l'addebito di operazioni di cui all'art.2, lettera i del D.Lgs.11/2010 (operazioni collegate all'amministrazione degli strumenti finanziari, di cui le norme del citato decreto non si applicano) e che per tali operazioni, non è previsto il diritto a chiedere il rimborso entro il termine di 8 settimane.

Rimane invece fermo il diritto del debitore a chiedere alla propria banca di non addebitare tali operazioni fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

Prende/iamo altresì atto che la Banca si riserva il diritto di recedere in ogni momento dal presente accordo.

Prende/iamo pure atto che ove intenda/intendano eccezionalmente sospendere l'estinzione di un documento di debito, dovrà/anno dare immediato avviso alla Banca in tal senso, entro la data di scadenza.

Prendo/iamo atto che dopo tre richieste di autorizzazione per le quali il Soggetto Incaricato dei Pagamenti a) non riceve risposta; b) riceve risposta negativa, il presente SDD dovrà essere compilato ex-novo e riproposto.

Prendo/iamo atto che dopo il mancato pagamento di tre rate consecutive (insoluti) il Soggetto Incaricato dei Pagamenti considererà il SDD revocato e il relativo Piano di Accumulo sospeso sino a ricezione di un nuovo modulo di adesione SDD debitamente compilato.

Prendo/iamo infine atto che tutte le eventuali segnalazioni statistiche inerenti il regolamento di operazioni connesse al presente accordo, non sono da considerarsi a carico dell'Azienda Creditrice.

Per quanto non espressamente richiamato, si applicano le "norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi".

(sottoscrizione del/i correntista/i)

(sottoscrizione del/i correntista/i)

SOSPENSIONE

Il/I sottoscrittore/i sospende/sospendono l'autorizzazione permanente di addebito sul conto in oggetto, aperto presso di Voi, dei documenti di debito emessi dall'Azienda Creditrice sopra citata.

(sottoscrizione del/i correntista/i)

(sottoscrizione del/i correntista/i)

REVOCA

Il/I sottoscrittore/i revoca/revocano l'autorizzazione permanente di addebito sul conto in oggetto, aperto presso di Voi, dei documenti di debito emessi dall'Azienda creditrice sopra citata.

(sottoscrizione del/i correntista/i)

(sottoscrizione del/i correntista/i)

Compilato in 4 copie per: 1. Banca 2. Soggetto incaricato dei pagamenti 3. Società collocatrice 4. Titolare del conto.

La copia del soggetto incaricato dei pagamenti deve essere timbrata e firmata dal collocatore per identificazione del sottoscrittore.