

# PAYMENT AUTHORIZATION

## AUTORIZACIÓN DE PAGO

Complete this Form to Select or Update Payment Information  
Complete este Formulario para Seleccionar o Actualizar la información de Pago

### PLAN PARTICIPANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE DEL PLAN

1	PLAN PARTICIPANT'S NAME NOMBRE DEL PARTICIPANTE DEL PLAN	DATE FECHA	DD / MM / YYYY
	JOINT PLAN PARTICIPANT'S NAME NOMBRE DEL CO-PARTICIPANTE DEL PLAN	POLICY NUMBER* NÚMERO DE PÓLIZA*	

### PAYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE PAGO

Please check one / Por favor seleccione una opción:

2

a. By checking this box, I authorize Investors Trust to make a one-time debit only from my account (credit card or bank account) for the amount of:  
Selección esta opción para autorizar a Investors Trust a realizar un cargo único a mi cuenta (tarjeta de crédito o cuenta bancaria) por la cantidad de:

SELECT CURRENCY  
Seleccione la moneda

ENTER ONE-TIME CONTRIBUTION AMOUNT  
Introduzca monto para un cargo único

USD \$  
EUR €  
GBP £

b. By checking this box, I authorize Investors Trust to debit from my account (credit card or bank account) or Flex Plan policy all future scheduled contribution payments to my investment plan.  
Selección esta opción para autorizar a Investors Trust a debitar de mi cuenta (tarjeta de crédito o cuenta bancaria) o del Plan Flex, los futuros cargos recurrentes de contribuciones programadas a mi plan de inversión.

c. By checking this box, I authorize Investors Trust to debit from my account (credit card or bank account) or Flex Plan policy all pending and future scheduled contribution payments to my investment plan.  
Selección esta opción para autorizar a Investors Trust a debitar de mi cuenta (tarjeta de crédito o cuenta bancaria) o de la póliza Flex Plan, todos los cargos pendientes y futuros cargos recurrentes de contribuciones programadas a mi plan de inversión.

### PAYMENT FREQUENCY (To be completed if 2b or 2c is selected) / FRECUENCIA DE PAGO (Para ser completado si la opción 2b o 2c ha sido seleccionada)

3	ANNUALLY ANUAL	SEMI-ANNUALLY SEMESTRAL	QUARTERLY TRIMESTRAL	MONTHLY (CREDIT CARD, DIRECT DEBIT or FLEX DEBIT ONLY) MENSUAL (Tarjeta de crédito, débito directo ó débito del Flex Plan únicamente)
---	-------------------	----------------------------	-------------------------	--

### PAYOR INFORMATION / INFORMACION DEL PAGADOR

4	PLAN PARTICIPANT PARTICIPANTE DEL PLAN	JOINT PLAN PARTICIPANT CO-PARTICIPANTE DEL PLAN	OTHER (Please complete Addendum, section 1) OTROS (Por favor complete el anexo, sección 1)
---	---	--	---

### PAYMENT METHOD / MÉTODO DE PAGO

5

CHECK OR WIRE TRANSFER / CHEQUE Ó TRANSFERENCIA BANCARIA

5a The company will send an e-mail notification prior to the due date of your next payment.  
La Compañía enviará notificaciones por correo electrónico previo a la fecha de vencimiento de su próxima contribución.

CREDIT CARD / TARJETA DE CRÉDITO

5b

CREDIT CARD TYPE / TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO

American Express Visa Discover  
Diners Club MasterCard JCB

CREDIT CARD NUMBER / NÚMERO TARJETA DE CRÉDITO

EXPIRATION DATE / FECHA DE VENCIMIENTO

MM / YYYY

\*Please note that credit cards like Visa, MasterCard, & American Express will be charged according to the currency of the product, and all other credit cards will be billed in U.S. Dollars. Credit card debits are limited to amounts below USD 25,000 (or the equivalent amount in EUR or GBP). \*Por favor notar que Tarjetas de Crédito como Visa, MasterCard, y American Express, serán cargadas de acuerdo a la moneda del producto, y todas las otras Tarjetas de Crédito serán facturadas en dólares US. Los débitos de tarjeta de crédito están limitados a montos inferiores a USD 25,000 (o equivalente en EUR o GBP).

DIRECT DEBIT FROM US BANK ACCOUNT / DÉBITO DIRECTO DESDE CUENTA BANCARIA EN ESTADOS UNIDOS

5c

As a convenience to me, I hereby request and authorize Investors Trust Assurance, SPC (the "Company") to withdraw the amount indicated from the banking account entered below. If any withdrawal is not honored by the banking institution (the "Bank") whether with or without cause and whether intentionally or inadvertently, the Bank shall be under no liability whatsoever and I may be responsible for a returned check fee. I agree that the Bank's rights in respect to such draft shall be the same as if it were a check drawn on the bank and signed personally by me. Should any draft not be honored by the Bank upon presentation, I understand that this method of payment may be terminated. I understand also that my policy may lapse if said draft is returned unpaid by the Bank or discontinue payments prior to receiving confirmation of the draft processing from the Company.

Como conviene a mi persona, solicito y autorizo a Investors Trust Assurance, SPC (la "Compañía") a debitar la cantidad indicada de la cuenta bancaria ingresada a continuación. Si el débito no es aceptado por la institución bancaria (el "Banco") ya sea con o sin causa y ya sea intencional o inadvertidamente, el Banco no tendrá ninguna responsabilidad en absoluto y yo puedo ser responsable por el cargo de la transacción devuelta. Estoy de acuerdo que los derechos del Banco en respecto a tal giro serán igual que como si fuera un cheque girado sobre el banco y firmado por mí. Si cualquier giro no fuese honrado por el Banco a la hora de su presentación, yo entiendo que este método de pago podría ser cancelado. Yo también entiendo de que mi Póliza puede caducar si tal giro es devuelto por el Banco o si los pagos son descontinuados antes de recibir confirmación del procesamiento del giro de parte de la Compañía.

ACCOUNT NUMBER / NÚMERO DE CUENTA

ROUTING OR ABA NUMBER / NÚMERO DE ABA

(attach void check on Addendum, section 2) / (adjunte un cheque anulado en el anexo, sección 2)

\*EURO/GBP amounts will be debited in U.S. Dollars, subject to conversion rate as posted on the website. This service is only available via U.S. banks. Direct debit from US bank accounts are limited to amounts below USD 100,000. / Montos en EUR/GBP serán debitados en dólares US, de acuerdo a la tasa de conversión publicada en la página web. Este servicio está disponible solo a través de bancos en los Estados Unidos. Se aceptan débitos directos de cuentas de bancos de EE.UU. por cantidades menores a USD 100,000.

FLEX PLAN DEBIT / DÉBITO DEL FLEX PLAN

5d

ENTER THE POLICY NUMBER TO BE DEBITED / INGRESE EL NÚMERO DE PÓLIZA A SER DEBITADA

T S P

Flex Plan debits are only allowed for automatic recurring payments (Either 2b or 2c must be selected). One-time debits (2a) from a Flex Plan are not allowed; the plan participant(s) must submit Form IP120 - Surrender Request.  
Débitos del Flex Plan solo están permitidos para débitos automáticos recurrentes (Opción 2b o 2c deben ser seleccionadas). Débitos únicos (2a) del Flex Plan no están permitidos; el participante(s) del plan debe enviar el formulario IP120 - Surrender Request.

Transaction Cost: A surcharge may apply depending on the payment method selected. Please review form IG138-1 or IG140-1 for more details.  
Costo de Transacción: Un cargo podrá ser aplicado dependiendo de la tarjeta de crédito y del producto de inversión seleccionado. Por favor revise el formulario IG138-2 o IG140-2 para más detalles.

### SIGNATURE(S) / FIRMA(S)

6	PLAN PARTICIPANT'S SIGNATURE FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL PLAN	JOINT PLAN PARTICIPANT'S SIGNATURE FIRMA DEL CO-PARTICIPANTE DEL PLAN
	INTRODUCER'S SIGNATURE FIRMA DEL INTRODUCUTOR	INTRODUCER'S CODE CÓDIGO DEL INTRODUCUTOR

**PAYMENT AUTHORIZATION**  
**AUTORIZACIÓN DE PAGO**

Addendum  
Anexo

**PAYOR INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PAGADOR**

1	RELATIONSHIP TO PLAN PARTICIPANT RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE DEL PLAN			
	LAST NAME or CORPORATE NAME <sup>1</sup> / APELLIDOS o NOMBRE DE LA CORPORACIÓN <sup>1</sup>		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE	MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE
	GENDER / GÉNERO MALE / MASCULINO FEMALE / FEMENINO	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / YYYY	COUNTRY OF BIRTH / PAÍS DE NACIMIENTO	COUNTRY OF NATIONALITY / PAÍS DE NACIONALIDAD
	PASSPORT/ID / PASAPORTE / ID			
	NUMBER / NÚMERO	DATE OF ISSUE / FECHA DE EMISIÓN DD / MM / YYYY	DATE OF EXPIRY / FECHA DE EXPIRACIÓN DD / MM / YYYY	ISSUING COUNTRY / PAÍS EMISOR
	OCCUPATION / OCUPACIÓN		E-MAIL / CORREO ELECTRÓNICO	
	RESIDENCE TELEPHONE / Teléfono de Residencia COUNTRY CODE / CÓDIGO DEL PAÍS AREA CODE / CÓDIGO DE ÁREA PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO		BUSINESS TELEPHONE / TELÉFONO COMERCIAL COUNTRY CODE / CÓDIGO DEL PAÍS AREA CODE / CÓDIGO DE ÁREA PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO	
	MOBILE TELEPHONE / TELÉFONO MÓVIL COUNTRY CODE / CÓDIGO DEL PAÍS AREA CODE / CÓDIGO DE ÁREA PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO		FAX TELEPHONE / TELÉFONO FAX COUNTRY CODE / CÓDIGO DEL PAÍS AREA CODE / CÓDIGO DE ÁREA PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO	
	RESIDENTIAL ADDRESS / DIRECCIÓN RESIDENCIAL ADDRESS / DIRECCIÓN			
	CITY / CIUDAD		STATE OR PROVINCE / ESTADO O PROVINCIA	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL
BUSINESS ADDRESS / DIRECCIÓN DE NEGOCIOS ADDRESS / DIRECCIÓN				
CITY / CIUDAD		STATE OR PROVINCE / ESTADO O PROVINCIA	ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL	COUNTRY / PAÍS
<sup>1</sup> For corporate and other legal entities only <sup>1</sup> Solamente para corporaciones u otras entidades legales				

2	ATTACH VOID CHECK OR DEPOSIT SLIP HERE INCLUIVA EL CHEQUE ANULADO O LA PLANILLA DE DEPÓSITO			

\* If the action requested herein involves a Capital Redemption product, the term "Contract" shall be replaced with the term "Policy", wherever the term "Policy" appears in this document.  
 \*Si la acción aquí solicitada involucra un producto Capital Redemption, el término "Contrato" debe ser sustituido por el término "Póliza", siempre que el término "Póliza" aparezca en este documento.

LA TRADUCCIÓN DE ESTE DOCUMENTO TIENE SOLO FINES INFORMATIVOS; ÚNICAMENTE EL IDIOMA INGLÉS TIENE VALIDEZ LEGAL.

Copyright © Investors Trust Assurance SPC

Investors Trust is a registered trademark of Investors Trust Assurance SPC, rated "Secure" by A. M. Best Company. For the latest rating, access www.ambest.com. Investors Trust Assurance SPC is a member of The Association of International Life Offices (AULO). For more information, please visit: www.investors-trust.com. If you have any questions, please use the Contact Us feature on the Investors Trust website (this web site contains information about products that are not authorized in the United States and therefore not available to United States person(s)) or contact your servicing Introducer. You may also contact us at Suite 4210, 2nd Floor, Canella Court, Camana Bay, P.O. Box 32203, Grand Cayman KY1-1208, Cayman Islands.