

# ΑΪΤΗΣΗ ΜΕΡΙΚΉΣ ΕΞΑΓΟΡΑΣ / PARTIAL SURRENDER REQUEST

## GREECE

Η Utmost Wealth Solutions είναι η επωνυμία που χρησιμοποιείται από μια σειρά από εταιρείες Utmost. Αυτό το έγγραφο εκδίδεται από την Utmost Luxembourg S.A. / Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A.

Λέξεις στον ενικό περιλαμβάνουν τον πληθυντικό και αντίστροφα. Κάθε αναφορά στο ένα γένος περιλαμβάνει αναφορά και στο άλλο γένος. Παρακαλούμε συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα. / Words in the singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender. Please fill out in block capitals.

Όλοι οι όροι που τίθενται με κεφαλαία έχουν το νόημα που αποδίδεται στους εν λόγω όρους στην ενότητα «Ορισμοί» των Γενικών Όρων του Συμβολαίου. / All capitalised terms shall have the meaning ascribed to such terms in the clause "Definitions" in the General Conditions of the Policy.

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number

**Φυσικό πρόσωπο 1 / Individual Policyholder 1**

Κύριος  
/ Mr

Κυρία /  
Mrs

Άλλο / Other

Επώνυμο (-α) /  
Surname(s)

Όνομα(-τα) / First  
name(s)

Οδός/ Αριθμός /  
Street/N<sup>ο</sup>

Πόλη / City

Ταχυδρομικός Κώδικας /  
Postcode

Χώρα / Country

Κινητό τηλέφωνο /  
Mobile number

Ηλεκτρονική διεύθυνση /  
E-mail

Παρακαλούμε επιλέξτε τα κατάλληλα πεδία: / Please, select as appropriate:

Έχω ήδη παράσχει ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών (AEol Self-Certification Form) και επιβεβαιώνω ότι η εν λόγω Αυτοπιστοποίηση είναι έγκυρη και ορθή. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

ή / or

Για φυσικά πρόσωπα :Επιβεβαιώνω ότι i) η φορολογική μου κατοικία απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, ii) θα παράσχω επικυρωμένο πιστοποιητικό για οποιαδήποτε μελλοντική μεταβολή της φορολογικής μου κατοικίας, και iii) σε περίπτωση που δεν διαθέτω ΑΦΜ για τον Β λόγο, θα παράσχω άμεσα εντός 30 ημερών ένα έγκυρο ΑΦΜ. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

ΧΩΡΕΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / COUNTRIES OF TAX RESIDENCE	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ («ΑΦΜ») (ΕΦ'ΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΤΟ ΑΦΜ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ (Α, Β Ή Γ) * / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C) *	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΈΛΛΕΙΨΗΣ ΑΦΜ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ Β ΛΟΓΟΥ) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Για οντότητες: Παρακαλούμε να προσκομίσετε άμεσα εντός 30 ημερών ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών για οντότητες (AEoI Self-Certification Form) δεόντως συμπληρωμένο. / For entities: Please promptly within 30 days provide an AEoI Self-Certification Form for Entities duly filled in.

**Φυσικό πρόσωπο 2 / Individual Policyholder 2**

Κύριος / Mr     Κυρία / Mrs     Άλλο / Other   

Επώνυμο (-α) / Surname(s)        Όνομα(-τα) / First name(s)   

Οδός/ Αριθμός / Street/N°   

Πόλη / City        Ταχυδρομικός Κώδικας / Postcode   

Χώρα / Country   

Κινητό τηλέφωνο / Mobile number   

Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail   

Παρακαλούμε επιλέξτε τα κατάλληλα πεδία: / Please, select as appropriate:

Έχω ήδη παράσχει ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών (AEoI Self-Certification Form) και επιβεβαιώνω ότι η εν λόγω Αυτοπιστοποίηση είναι έγκυρη και ορθή. / I have already provided an AEoI Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

ή / or

Για φυσικά πρόσωπα :Επιβεβαιώνω ότι i) η φορολογική μου κατοικία απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, ii) θα παράσχω επικυρωμένο πιστοποιητικό για οποιαδήποτε μελλοντική μεταβολή της φορολογικής μου κατοικίας, και iii) σε περίπτωση που δεν διαθέτω ΑΦΜ για τον Β λόγο, θα παράσχω άμεσα εντός 30 ημερών ένα έγκυρο ΑΦΜ. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

ΧΩΡΕΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / COUNTRIES OF TAX RESIDENCE	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ («ΑΦΜ») (ΕΦ'ΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΤΟ ΑΦΜ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ (Α, Β Ή Γ) * / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C) *	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΈΛΛΕΙΨΗΣ ΑΦΜ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ Β ΛΟΓΟΥ) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Για οντότητες: Παρακαλούμε να προσκομίσετε άμεσα εντός 30 ημερών ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών για οντότητες (AEoI Self-Certification Form) δεόντως συμπληρωμένο. / For entities: Please promptly within 30 days provide an AEoI Self-Certification Form for Entities duly filled in.

**Φυσικό πρόσωπο 3 / Individual Policyholder 3**

Κύριος / Mr  Κυρία / Mrs  Άλλο / Other

Επώνυμο (-α) / Surname(s)	<input type="text"/>	Όνομα(-τα) / First name(s)	<input type="text"/>
Οδός/ Αριθμός / Street/N°	<input type="text"/>		
Πόλη / City	<input type="text"/>	Ταχυδρομικός Κώδικας / Postcode	<input type="text"/>
Χώρα / Country	<input type="text"/>		
Κινητό τηλέφωνο / Mobile number	<input type="text"/>		
Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail	<input type="text"/>		

Παρακαλούμε επιλέξτε τα κατάλληλα πεδία: / Please, select as appropriate:

Έχω ήδη παράσχει ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών (AEoI Self-Certification Form) και επιβεβαιώνω ότι η εν λόγω Αυτοπιστοποίηση είναι έγκυρη και ορθή. / I have already provided an AEoI Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

ή / or

Για φυσικά πρόσωπα :Επιβεβαιώνω ότι i) η φορολογική μου κατοικία απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, ii) θα παράσχω επικυρωμένο πιστοποιητικό για οποιαδήποτε μελλοντική μεταβολή της φορολογικής μου κατοικίας, και iii) σε περίπτωση που δεν διαθέτω ΑΦΜ για τον Β λόγο, θα παράσχω άμεσα εντός 30 ημερών ένα έγκυρο ΑΦΜ. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

ΧΩΡΕΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / COUNTRIES OF TAX RESIDENCE	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ («ΑΦΜ») (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΤΟ ΑΦΜ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ (Α, Β Ή Γ)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΈΛΛΕΙΨΗΣ ΑΦΜ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ Β ΛΟΓΟΥ) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Για οντότητες: Παρακαλούμε να προσκομίσετε άμεσα εντός 30 ημερών ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών για οντότητες (AEoI Self-Certification Form) δεόντως συμπληρωμένο. / For entities: Please promptly within 30 days provide an AEoI Self-Certification Form for Entities duly filled in.

**Φυσικό πρόσωπο 4 / Individual Policyholder 4**

Κύριος / Mr  Κυρία / Mrs  Άλλο / Other

Επώνυμο (-α) / Surname(s)  Όνομα(-τα) / First name(s)

Οδός/ Αριθμός / Street/N°

Πόλη / City  Ταχυδρομικός Κώδικας / Postcode

Χώρα / Country

Κινητό τηλέφωνο / Mobile number

Ηλεκτρονική διεύθυνση / E-mail

Παρακαλούμε επιλέξτε τα κατάλληλα πεδία: / Please, select as appropriate:

Έχω ήδη παράσχει ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών (AEol Self-Certification Form) και επιβεβαιώνω ότι η εν λόγω Αυτοπιστοποίηση είναι έγκυρη και ορθή. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

ή / or

Για φυσικά πρόσωπα :Επιβεβαιώνω ότι i) η φορολογική μου κατοικία απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, ii) θα παράσχω επικυρωμένο πιστοποιητικό για οποιαδήποτε μελλοντική μεταβολή της φορολογικής μου κατοικίας, και iii) σε περίπτωση που δεν διαθέτω ΑΦΜ για τον Β λόγο, θα παράσχω άμεσα εντός 30 ημερών ένα έγκυρο ΑΦΜ. / For individuals: I certify that i) I am a tax resident as per the following table, ii) I will provide a certified supporting document for any future change in tax country, and iii) if TIN is missing as per Reason B, I will promptly within 30 days provide a valid TIN.

ΧΩΡΕΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ / COUNTRIES OF TAX RESIDENCE	ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ («ΑΦΜ») (ΕΦΟΣΟΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) / TAX IDENTIFICATION NUMBER ("TIN") (IF ANY)	ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΤΟ ΑΦΜ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ (Α, Β Ή Γ)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΈΛΛΕΙΨΗΣ ΑΦΜ (ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ Β ΛΟΓΟΥ) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Για οντότητες: Παρακαλούμε να προσκομίσετε άμεσα εντός 30 ημερών ένα Έντυπο Αυτοπιστοποίησης Αυτόματης Ανταλλαγής Πληροφοριών για οντότητες (AEol Self-Certification Form) δεόντως συμπληρωμένο. / For entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

Εγώ/Εμείς, ο/οι υπογράφων(-οντες) ως Αντισυμβαλλόμενος(-οι) του Συμβολαίου, θα ήθελα/θέλαμε να πραγματοποιήσω(-ουμε) μερική εξαγορά από το παραπάνω Συμβόλαιο ως ακολούθως: / I/We, the undersigned as Policyholder(s) of the Policy, would like to perform a partial surrender from the above Policy as follows:

Επιλογή 1: Εξαγορά σε ποσό. Παρακαλούμε συμπληρώστε την ενότητα 1 παρακάτω. / Option 1: Surrender in amount. Please complete section 1 below.

ή / or

Επιλογή 2: Εξαγορά ως ένα ποσοστό του αριθμού των Μεριδίων ανά Κεφάλαιο. Παρακαλούμε συμπληρώστε την ενότητα 2 παρακάτω. / Option 2: Surrender as a percentage of the number of Units per Fund. Please complete section 2 below.

### 1. Εξαγορά σε ποσό / Surrender in amount

Εγώ/Εμείς με το παρόν αιτούμαι(-αστε) το ποσό της μερικής εξαγοράς να εκποιηθεί από το/τα επιλεγέν(-ντα) Κεφάλαιο(-α) του Συμβολαίου ως ακολούθως: / I/We hereby request the amount of the partial surrender to be divested from the selected Fund(s) of the Policy as follows:

\* Παρακαλούμε ακολουθήστε τα μέγιστα και ελάχιστα ποσά όπως προσδιορίζονται στους Γενικούς Όρους και τα παραρτήματα του Συμβολαίου. / Please respect the maximum and minimum amounts specified in the General Conditions and the annexes of the Policy.

\*\* Το ποσό εξαγοράς θα επιμεριστεί κατά αναλογία με το ποσό που επενδύεται σε κάθε Κεφάλαιο κατά το χρόνο της εξαγοράς. / The surrender amount will be pro-rated in proportion to the amount invested in each Fund at the time of surrender.

### 2. Εξαγορά ως ποσοστό του αριθμού των Μεριδίων ανά Κεφάλαιο / Surrender as a percentage of the number of Units per Fund

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΟΥ ΕΚΠΟΙΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΡΙΚΗ ΕΞΑΓΟΡΑ / FUND DIVESTED FOR THE PARTIAL SURRENDER	ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΜΕΡΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΦΑΛΑΪΟΥ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΕΜΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΕΚΠΟΙΗΘΟΥΝ (%) / PERCENTAGE OF UNITS OF THE FUND ALLOCATED TO THE POLICY TO BE DIVESTED (%)

Άλλες Οδηγίες (εντολή μεταβίβασης περιουσιακών στοιχείων ή διαχείριση περιουσιακών στοιχείων, Αγορά συναλλάγματος) / Other Instructions (assets transfer or assets instruction, FX exchange)

### ΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗ / REASON FOR THE WITHDRAWAL

Ανάγκη για συμπληρωματικό εισόδημα / Supplementary income required

Πληρωμή φόρου, τιμολογίων και άλλων χρεών / Payment of tax, invoices and other fees

Επένδυση σε ακίνητα / *Investment in real estate*

Επανεπένδυση σε άλλο συμβόλαιο ασφάλισης ζωής της Utmost Luxembourg S.A./ *Reinvestment into another life insurance policy with Utmost Luxembourg S.A.*

Επανεπένδυση σε άλλη εταιρεία / *Reinvestment with another company*

Επενδυτική απόδοση / *Investment performance*

Άλλο / *Other*

**Παρακαλώ μεταφέρετε τα ποσά/κινητές αξίες (υπό την προϋπόθεση προηγούμενης έγκρισης του Ασφαλιστή) στον/ στους ακόλουθο(-ους) λογαριασμό(-ούς): / Please transfer the amounts/securities (subject to prior acceptance by the Insurer) to the following account(s):**

Όνομα τραπεζής /  
*Name of the bank*

Διεύθυνση / *Address*

Οδός/ Αριθμός /  
*Street/N°*

Πόλη / *City*

Ταχυδρομικός Κώδικας /  
*Postcode*

Χώρα / *Country*

Ηλεκτρονική διεύθυνση /  
*E-mail*

Όνομα κατόχου  
λογαριασμού / *Account  
holder name*

Κωδικός ταξινόμησης /  
*Sort Code*

Αριθμός λογαριασμού /  
*Account number*

SWIFT/BIC / *SWIFT/BIC*

IBAN / *IBAN*

Νόμισμα λογαριασμού  
μετρητών / *Cash  
account currency*

Αριθμός λογαριασμού  
περιουσιακών  
στοιχείων / *Asset  
account number*

(για καταβολή σε είδος μόνο) / *(for  
payment in specie only)*

1. Εγώ/Εμείς επιβεβαιώνω(-ουμε) ότι δεν έχω(-ουμε) μεταφέρει, εκχωρήσει ή με κανένα τρόπο επιβαρύνει τα δικαιώματά μου/μας ή τίτλο βάσει του Συμβολαίου, ότι δεν έχω ορίσει αμετάκλητους Δικαιούχους και ότι εγώ/εμείς δικαιούμαι(-αστε) πλήρως να αιτηθώ(-ουμε) αυτή τη μερική εξαγορά, / *I/We confirm that I/we have not transferred, assigned or in any way encumbered my/our rights or title under the Policy, that I have not designated irrevocable Beneficiaries and that I/we am/are fully entitled to request this partial surrender;*
2. Εγώ/Εμείς αναγνωρίζω(-ουμε) ότι αυτή η μερική εξαγορά θα διενεργηθεί σύμφωνα με τους Γενικούς Όρους του Συμβολαίου και / *I/We acknowledge that this partial surrender will be executed in accordance with the General Conditions of the Policy; and*
3. Εγώ/Εμείς αναγνωρίζω(-ουμε) ότι οποιαδήποτε και όλα τα εκκρεμή χρέη, συμπεριλαμβανομένων και τυχόν ισχυουσών φόρων που θα παρακρατηθούν από τον Ασφαλιστή, θα αφαιρεθούν από την Αξία Εξαγοράς. / *I/We acknowledge that any and all outstanding indebtedness, including any applicable taxes to be withheld by the Insurer, will be deducted from the Surrender Value.*

Το Συμβόλαιό σας είναι πιθανό να μην αποφέρει τα ίδια πλεονεκτήματα σε περίπτωση που μετακομίσετε σε άλλη χώρα. Είναι υποχρέωσή σας ως Αντισυμβαλλόμενος να ενημερώσετε άμεσα τη Utmost Luxembourg S.A. για οποιαδήποτε μεταβολή της κατοικίας σας. / *Your Policy may not confer the same benefits if you move to another country. It is your responsibility as Policyholder to inform Utmost Luxembourg S.A. immediately of any change of residence.*

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ / TAX COMPLIANCE CERTIFICATION

Ο/Οι υπογράφων(-οντες) Αντισυμβαλλόμενος(-οι), επιβεβαιώνει(-ουν) ότι αυτοί, ο Οικονομικός Πραγματικός Δικαιούχος και, όπου ισχύει, το πρόσωπο που είναι ο πραγματικός καταβάλλων του πρόσθετου Ασφαλιστρου, συμμορφώνονται με όλες τις φορολογικές τους υποχρεώσεις («Φορολογικές Υποχρεώσεις») αναφορικά με την ύπαρξη του Συμβολαίου και των σχετικών συναλλαγών (συμπεριλαμβανομένης της καταβολής του πρόσθετου Ασφαλιστρου) σύμφωνα με τη δήλωση που έγινε κατά το χρόνο σύναψης του Συμβολαίου. / *The undersigned Policyholder(s), confirm that they, the Economic Beneficial Owner and, where appropriate, the person who is the real payer of the additional Premium, comply with all their tax obligations (the "Tax Obligations") with regards to the existence of the Policy and related transactions (including the payment of the additional Premium) in accordance with the declaration made at the time of the subscription of the Policy.*

Οι Αντισυμβαλλόμενοι αναγνωρίζουν ότι έχουν αποδεσμεύσει τη Utmost Luxembourg S.A. («Ασφαλιστής») από οποιαδήποτε υποχρέωση και θα αποζημιώσουν τον Ασφαλιστή για όποιες συνέπειες προκύψουν από την αποτυχία των Αντισυμβαλλόμενων να συμμορφωθούν με οποιεσδήποτε Φορολογικές Υποχρεώσεις. / *The Policyholders acknowledge that they have discharged Utmost Luxembourg S.A. ("the Insurer") of any liability and will hold the Insurer indemnified for any consequences resulting from the failure on the Policyholders' part to comply with any Tax Obligations.*

Οι Αντισυμβαλλόμενοι έχουν αναλάβει (i) να ενημερώσουν τον Ασφαλιστή εντός 30 ημερών για τυχόν αλλαγές ως προς την εγκυρότητα αυτής της δήλωσης και (ii) να παρέχουν στον Ασφαλιστή οποιαδήποτε έγγραφα που εύλογα αιτείται οποιαδήποτε στιγμή ο Ασφαλιστής προκειμένου να αποδείξουν πλήρη συμμόρφωση με τις Φορολογικές Υποχρεώσεις τους. / *The Policyholders have undertaken to (i) inform the Insurer within 30 days of any changes to the validity of this declaration and (ii) provide the Insurer with any documentation reasonably requested at any time by the Insurer in order to evidence full compliance with their Tax Obligations.*

Ο Ασφαλιστής υπενθυμίζει στους Αντισυμβαλλόμενους ότι οι δηλώσεις και τα έγγραφα που σχετίζονται με τη συμμόρφωση με τις Φορολογικές Υποχρεώσεις είναι βασικά στοιχεία του Συμβολαίου για τον Ασφαλιστή, ότι το Συμβόλαιο θα εκδοθεί από τον Ασφαλιστή επί τη βάση της ακρίβειας και της πληρότητας αυτών και ότι οποιαδήποτε παραπληροφόρηση, είτε εσκεμμένη είτε όχι, ή αποτυχία παροχής των αιτούμενων εγγράφων μπορεί να συνεπάγεται την ακύρωση ή λύση του Συμβολαίου από τον Ασφαλιστή. / *The Insurer reminds the Policyholders that the declarations and documentation related to compliance with the Tax Obligations are essential elements of the Policy for the Insurer, that the Policy will be issued by the Insurer in reliance of the accuracy and completeness of these representations and that any misrepresentation, whether intentional or not, or failure to provide the requested documentation may result in the cancellation or resolution of the Policy by the Insurer.*

Οι Αντισυμβαλλόμενοι αναγνωρίζουν ότι ο Ασφαλιστής δεν παρέχει νομική ή φορολογική συμβουλή και επιβεβαιώνουν ότι θα αναφέρουν τυχόν ερωτήσεις σχετικά με τις Φορολογικές Υποχρεώσεις στους νομικούς και φορολογικούς του συμβούλους. / *The Policyholders acknowledge that the Insurer provides neither legal nor tax advice and confirm that they will refer any questions with regard to the Tax Obligations to their legal or tax advisers.*

Οι Αντισυμβαλλόμενοι αναγνωρίζουν ότι ο Ασφαλιστής μπορεί (άμεσα ή έμμεσα) να λαμβάνει και να χρησιμοποιεί τα δεδομένα φορολογικής συμμόρφωσης του Συμβολαίου και να αποκαλύπτει αυτό το πιστοποιητικό φορολογικής συμμόρφωσης σε τρίτα μέρη, συμπεριλαμβανομένων, χωρίς περιορισμό, της Τράπεζας Θεματοφύλακα ή οποιασδήποτε Λουξεμβουργιανής ή αλλοδαπής αρχής, οργάνου ή δικαστηρίου, εάν η ύπαρξη του Συμβολαίου απαιτεί αυτή την αποκάλυψη. / *The Policyholders acknowledge that the Insurer may (directly or indirectly) receive and use the tax compliance data of the Policy and disclose this tax compliance certification to third parties, including, without limitation, the Custodian Bank or any Luxembourg or foreign authority, body or court, if such disclosure is required by virtue of the existence of the Policy.*

**Αντισυμβαλλόμενος 1 / Policyholder 1****ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE**


Ημερομηνία / Date

Τόπος / Place

**Αντισυμβαλλόμενος 2 / Policyholder 2**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE**

Ημερομηνία / Date

η	η	μ	μ	ε	ε	ε	ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Τόπος / Place

**Αντισυμβαλλόμενος 3 / Policyholder 3**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE**

Ημερομηνία / Date

η	η	μ	μ	ε	ε	ε	ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Τόπος / Place

**Αντισυμβαλλόμενος 4 / Policyholder 4**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE**

Ημερομηνία / Date

η	η	μ	μ	ε	ε	ε	ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Τόπος / Place

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΤΑ ΚΑΤΩΤΕΡΩ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΕΙ ΤΙΣ ΠΡΟΣΟΔΟΥΣ: / THE INSURER MUST BE IN RECEIPT OF THE FOLLOWING IN ORDER TO RELEASE THE PROCEEDS:

- › το πρωτότυπο από αυτή την αίτηση μερικής εξαγοράς υπογεγραμμένη από όλους τους Αντισυμβαλλόμενους, / the original of this partial surrender request signed by all Policyholders;
- › επικυρωμένη, έγκυρη φωτογραφική ταυτότητα (εκτός εάν την έχετε παράσχει προηγουμένως στον Ασφαλιστή) και / certified, valid photographic ID (unless you have provided this to the Insurer previously); and
- › ένα πιστοποιητικό κατοικίας του/των Αντισυμβαλλόμενου(-ων). / a certificate of residence of the Policyholder(s).

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Η Utmost Luxembourg S.A. είναι εγγεγραμμένη στο R.C.S. με αριθμό B37604 και ρυθμίζεται από το Commissariat aux Assurances (CAA) Διεύθυνση έδρας: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Η Utmost Wealth Solutions είναι εγγεγραμμένη στο Λουξεμβούργο ως εμπορική επωνυμία της Utmost Luxembourg S.A.