

VERSICHERUNGSLEISTUNG IM TODESFALL

GERMANY

Utmost Wealth Solutions ist der Markenname, der von einer Reihe von Utmost-Unternehmen verwendet wird. Dieses Dokument wurde von Utmost Luxembourg S.A. herausgegeben.

Die Verwendung des Singulars schließt, wo einschlägig, die Form des Plurals mit ein. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Policennummer/Vertragsnummer

Versicherungsnehmer 1 Herr Frau Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse
Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

| STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN) | STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND) | GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)* | ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer 2 Herr Frau Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse
Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

| STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN) | STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND) | GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)* | ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer 3 Herr Frau Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse
Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

| STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN) | STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND) | GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)* | ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer 4

Herr Frau Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

| STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN) | STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND) | GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)* | ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

- * Grund A Das Land, in dem der Kontoinhaber steuerpflichtig ist, gibt keine Steueridentifikationsnummern an seine Einwohner aus.
- Grund B Der Kontoinhaber ist anderweitig nicht in der Lage, eine Steueridentifikationsnummer oder eine andere entsprechende Nummer zu erhalten (wenn Sie diesen Grund ausgewählt haben, erläutern Sie bitte in der Tabelle, warum Sie nicht in der Lage sind, eine Steueridentifikationsnummer zu erhalten).
- Grund C Es ist keine Steueridentifikationsnummer erforderlich. (Hinweis: Bitte wählen Sie diesen Grund C nur dann aus, wenn die Behörden des angegebenen Landes der steuerlichen Ansässigkeit keine Mitteilung der Steueridentifikationsnummer fordern.)

Name/n der verstorbenen versicherten Person/en

Bezugsberechtigter

Herr Frau Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

| STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN) | STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND) | GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)* | ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B) |
|---|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

- * Grund A Das Land, in dem der Kontoinhaber steuerpflichtig ist, gibt keine Steueridentifikationsnummern an seine Einwohner aus.
- Grund B Der Kontoinhaber ist anderweitig nicht in der Lage, eine Steueridentifikationsnummer oder eine andere entsprechende Nummer zu erhalten (wenn Sie diesen Grund ausgewählt haben, erläutern Sie bitte in der Tabelle, warum Sie nicht in der Lage sind, eine Steueridentifikationsnummer zu erhalten).
- Grund C Es ist keine Steueridentifikationsnummer erforderlich. (Hinweis: Bitte wählen Sie diesen Grund C nur dann aus, wenn die Behörden des angegebenen Landes der steuerlichen Ansässigkeit keine Mitteilung der Steueridentifikationsnummer fordern.)

Der/die Unterzeichnende/n macht/machen den Anspruch auf die Auszahlung der Versicherungsleistung im Todesfall¹ der o.g. Police/n geltend und beantragt/beantragen die Überweisung des entsprechenden Betrages auf folgende Bankverbindung.

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| Name der Bank | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Adresse | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Straße/Hausnummer | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Ort | <input style="width: 25%;" type="text"/> | Postleitzahl | <input style="width: 25%;" type="text"/> |
| Land | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Telefon | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Email | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Name des/der Kontoinhaber/s | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Bankleitzahl | <input style="width: 25%;" type="text"/> | Kontonummer | <input style="width: 25%;" type="text"/> |
| SWIFT/BIC | <input style="width: 25%;" type="text"/> | IBAN Nummer | <input style="width: 25%;" type="text"/> |
| Währung des Kontos | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Depotkontonummer | <input style="width: 60%;" type="text"/> | (nur bei Übertragung von Wertpapieren) | |

1. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir die Rechte und Ansprüche aus dieser Police nicht übertragen, abgetreten oder anderweitig belastet habe/n.
2. Ich/wir bin/sind mir/uns bewusst, dass jegliche noch ausstehenden Zahlungsverpflichtungen von dem Auszahlungsbetrag einbehalten werden.
3. Ich/wir verstehe/n, dass diese Versicherungsleistung im Todesfall in Übereinstimmung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Police bearbeitet wird.
4. Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass Utmost Luxembourg S.A. mit der Zahlung der Versicherungsleistung im Todesfall vollständig von seinen Verpflichtungen aus der/den o.g. Police/n befreit wird.

UNTERSCHRIFT

Datum

Ort

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

UNTERSCHRIFT

Datum

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ort

UTMOST LUXEMBOURG S.A. MÜSSEN FOLGENDE DOKUMENTE VORLIEGEN, UM DIE AUSZAHLUNG ZU VERANLASSEN:

- › Beglaubigte Kopie der Sterbeurkunde/n der versicherten Person/en mit Angabe des Todeszeitpunkts sowie der Todesursache.
- › Falls erforderlich, weitere, gegebenenfalls amtliche Nachweise (z.B. Vollmacht, Erbschein), aus denen sich die Berechtigung aller anspruchsberechtigten Personen ergibt.
- › Gültige und beglaubigte Ausweiskopien aller anspruchsberechtigten Personen im Original.
- › Das Original dieses Auftrags, von allen anspruchsberechtigten Personen unterzeichnet.

WICHTIG:

Je nach Liquidität des Portfolios und Rückzahlungsfristen der Fondsmanager könnte sich die Auszahlung unter Umständen erheblich verzögern. Je nach Bankverbindung der anspruchsberechtigten Person/en kann sich die Auszahlung um zusätzliche 10 Geschäftstage verzögern.

¹ TermFix: Ablaufleistung bei eingetretenem Versicherungsfall.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. ist unter der Nummer B37604 im Handels- und Firmenregister (R.C.S.) eingetragen und unterliegt der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (CAA)
Eingetragener Firmensitz: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions ist in Luxemburg als Handelsname von Utmost Luxembourg S.A. registriert