

RICHIESTA CAMBIO CONTRAENTE

ITALIA

Utmost Wealth Solutions è il marchio utilizzato da una serie di società Utmost. Questo documento è stato emesso da Utmost Luxembourg S.A.

Compilare in caratteri maiuscoli. Se non diversamente specificato i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa. I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile. Salvo diversamente definito, i termini con la prima lettera in maiuscolo hanno il significato a loro attribuito nel Glossario delle Condizioni Contrattuali.

Numero di Polizza

La polizza sopraindicata (la "**Polizza**"): (selezionare soltanto una tra le due opzioni)

sarà/è stata conclusa da Utmost Luxembourg S.A. (la "**Società**") nella sua attività in libera prestazione di servizi.

sarà/è stata emessa da Utmost Luxembourg S.A. e conclusa per il tramite della sede secondaria in Milano (Italia) (la "**Sede Secondaria**") (Utmost Luxembourg S.A. e la Sede Secondaria sono definite congiuntamente come la "**Società**").

Si prega di inviare il presente documento, debitamente compilato e sottoscritto in originale, unitamente all'eventuale ulteriore documentazione richiesta al seguente indirizzo:

- › in caso di polizza conclusa in libera prestazione di servizi, presso: Partner & Client Services Italy, Utmost Luxembourg S.A., 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, fax +352 34 61 90.
- › in caso di polizza conclusa per il tramite della Sede Secondaria, presso: Utmost Luxembourg S.A., Sede Secondaria in Italia, Milano, Piazza San Marco n. 3, CAP 20121, fax +39 02 3670 5263.

Con la presente, il sottoscritto "Attuale Contraente" della Polizza

Denominazione della
persona giuridica

indirizzo della sede legale

(indirizzo completo della sede della persona giuridica),

Forma giuridica

Società quotata

Società non quotata

Altro

Registrata presso

Registrazione n.

Persona autorizzata a
firmare

Il consiglio di amministrazione tenutosi in data

ha deliberato che io/noi in qualità di amministratore/i sono/siamo legittimato/i e dotato/i dei poteri necessari per procedere alla sottoscrizione del presente modulo per conto della società.

Qualità delle persone
autorizzate a firmare

Persona di contatto (con poteri di firma per conto dell'Attuale Contraente)

Qualifica Indirizzo E-mail

Attuale Contraente della polizza n.

DICHIARA

di voler trasferire la titolarità della Polizza, con tutti i diritti ed obblighi relativi, in favore del

Nuovo Contraente persona fisica 1 qui di seguito indicato:

Cognome Nome(i) (per esteso)

Cognome da nubile

Data di nascita Paese di nascita

Luogo di nascita Stato civile

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Codice fiscale

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città Codice Postale

Stato

Telefono E-mail

Altra e-mail (facoltativa)

PAESI DI RESIDENZA FISCALE	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE (OVE ATTRIBUITO)	IN BASE ALLA NORMATIVA DEL PAESE DI RESIDENZA FISCALE NON È ATTRIBUITO ALCUN NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE (O EQUIVALENTE)
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Dichiaro che non sono residente negli Stati Uniti d'America ai fini fiscali né un cittadino degli Stati Uniti d'America.

Documento d'identità

Tipo Numero

Data di emissione Luogo di emissione

Emesso da Data di scadenza

Nuovo Contraente persona fisica 2 qui di seguito indicato:

Cognome	<input type="text"/>	Nome(i) (per esteso)	<input type="text"/>
Cognome da nubile	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text" value="g"/> <input type="text" value="g"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>	Paese di nascita	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Stato civile	<input type="text"/>
Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)	<input type="text"/>		
Codice fiscale	<input type="text"/>		
Indirizzo di residenza fiscale			
Via / N°	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
Stato	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Altra e-mail (facoltativa)	<input type="text"/>		

PAESI DI RESIDENZA FISCALE	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE (OVE ATTRIBUITO)	IN BASE ALLA NORMATIVA DEL PAESE DI RESIDENZA FISCALE NON È ATTRIBUITO ALCUN NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE (O EQUIVALENTE)
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Dichiaro che non sono residente negli Stati Uniti d'America ai fini fiscali né un cittadino degli Stati Uniti d'America.

Documento d'identità

Tipo	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>
Data di emissione	<input type="text"/>	Luogo di emissione	<input type="text"/>
Emesso da	<input type="text"/>	Data di scadenza	<input type="text"/>

Nuovo Contraente persona giuridica :

Denominazione completa della società

Registrata presso Registrazione n.

Indirizzo della sede legale

Via / N°

Città Codice Postale

Stato

E-mail

Forma giuridica (Si prega di precisare).

Società quotata

Società non quotata

Altro

Per poter adempiere ai nostri obblighi in base all'accordo FATCA e agli standard comuni di comunicazione di informazioni (CRS), si prega di allegare un modulo per la fiscalità USA W-8BEN-E o W-9, oltre ad un Modulo di autocertificazione sullo scambio automatico di informazioni (AEol), debitamente compilati.

Amministratore 1

Sig. Sig.ra Altro

Cognome Nome(i) (per esteso)

Data di nascita Paese di nascita

Indirizzo di residenza

Via / N°

Città Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare Telefono

E-mail

Amministratore 2

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Data di nascita

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Paese di nascita

Indirizzo di residenza

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare

Telefono

E-mail

L'Attuale Contraente dichiara di non aver dato in pegno la Polizza, né di averne ceduto i diritti. Dichiara, inoltre, che l'Evento Assicurato non si è ancora verificato.

Motivazione della presente richiesta

MODALITA' DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI AL NUOVO CONTRAENTE

Il Nuovo Contraente ha la possibilità di ricevere le comunicazioni inviate dalla Società in corso di Contratto su supporto cartaceo o per posta elettronica.

Compilare solo una delle due sezioni A o B.

Il supporto cartaceo è l'opzione predefinita ma il Contraente può richiedere di ricevere ogni comunicazione inviata dalla Società a mezzo posta elettronica.

A) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO SU SUPPORTO CARTACEO

Al fine di individuare il nuovo indirizzo per l'invio della corrispondenza attinente alla Polizza, si prega di selezionare una delle seguenti opzioni:

indirizzo di residenza fiscale / sede legale del Contraente persona fisica 1* / persona giuridica

l'indirizzo del consulente fiscale (ad esempio, commercialista) o consulente legale o intermediario assicurativo. Con la presente dichiarazione conferisco alla persona nominata il potere di ricevere dalla Società qualsiasi comunicazione e/o documentazione attinente alla Polizza. Resta inteso che la Società non potrà essere ritenuta responsabile in merito a tale scelta.

Indirizzo del consulente fiscale, consulente legale o broker

Denominazione completa della società	<input type="text"/>		
Cognome	<input type="text"/>	Nome(i) (per esteso)	<input type="text"/>
Via / N°	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
Stato	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

Il Contraente è consapevole che l'invio di documenti e/o comunicazioni attinenti alla Polizza all'indirizzo di corrispondenza è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo di residenza/sede legale e, pertanto, implica accettazione dei predetti documenti da parte del destinatario.

La Società si riserva in ogni caso il diritto di contattare il Contraente direttamente all'ultimo indirizzo di residenza comunicato. La Società avrà la facoltà, ma non l'obbligo, di contattare il Contraente a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Società, le informazioni possano raggiungere il Contraente, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Società ritenga più adeguati (per esempio telefono, fax o e-mail). Nel caso in cui vi siano più Contraenti, è sufficiente che ciascuna comunicazione sia data a uno di loro, essendo inteso che ciascun Contraente conferisce mandato agli altri. Nel caso in cui la Società sia obbligata a richiedere al Contraente informazioni imposte da norme di legge o regolamenti, siano essi italiani o stranieri, inclusi gli adempimenti fiscali, il Contraente si impegna a fornire le informazioni richieste, inclusa qualsivoglia informazione fiscale o finanziaria.

B) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO TRAMITE POSTA ELETTRONICA

Qualora il Contraente opti per la formalità elettronica, è pregato di selezionare il riquadro che segue e di fornire un valido indirizzo di posta elettronica da questo personalmente utilizzato. In ogni caso, il Contraente ha il diritto di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo della o delle comunicazioni inviate a mezzo posta elettronica.

Il sottoscritto Contraente 1 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 1 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 1 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**

Il sottoscritto Contraente 2 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 2 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 2 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**

Il Contraente riconosce che la mancata selezione del riquadro da parte del relativo Contraente comporterà l'applicazione dell'opzione predefinita e pertanto l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto su supporto cartaceo.

Il sottoscritto Nuovo Contraente della Polizza

DICHIARA (barrare tutte le caselle interessate)

- › di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Richiesta, letto, compreso ed approvato le Condizioni di Contratto/Condizioni Contrattuali che regolano la Polizza nonché ogni altro documento contrattuale e precontrattuale;
- › di accettare il trasferimento della titolarità della Polizza con tutti i diritti e obblighi relativi;
- › di confermare l'identità dell'Assicurato e la Prestazione Assicurativa come indicate nella Polizza;
- › di essere consapevole ed accettare che la Società avrà il diritto di contattare il Nuovo Contraente direttamente all'ultimo indirizzo della sede legale comunicato, ovvero a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Società, le informazioni possano raggiungere il Nuovo Contraente, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Società riterrà più adeguati (ad esempio telefono fax o e-mail);

› di essere disponibile a fornire alla Società le informazioni da questa richieste, inclusa qualsivoglia informazione fiscale o finanziaria, qualora imposte da norme di legge o regolamenti, siano essi italiani o stranieri, inclusi gli adempimenti fiscali;

di confermare i Beneficiari designati nella Polizza;

di designare i Beneficiari della Polizza indicati nell'apposita richiesta di cambio beneficiario acclusa al presente modulo.

Se la designazione dei Beneficiari della Polizza è stata da questi ultimi accettata, il loro consenso è necessario per la validità della richiesta di Cambio Contraente di cui al presente modulo. Inoltre, il Nuovo Contraente riconosce che nell'ipotesi di accettazione da parte dei Beneficiari, alcuni diritti della Polizza potranno essere esercitati solo con il consenso di questi ultimi.

La Società non è responsabile delle conseguenze derivanti dal presente cambio di contraenza incluse, senza limitazione, le conseguenze di tipo fiscale. Con la sottoscrizione della presente richiesta, si ritiene che l'Attuale Contraente e il Nuovo Contraente siano pienamente consapevoli delle implicazioni derivanti dalla presente richiesta di Cambio Contraente ed abbiano ottenuto un parere legale e fiscale indipendente circa le conseguenze legate alle loro particolari condizioni soggettive.

In caso di trasferimento di residenza/sede legale al di fuori dal territorio italiano, il Contraente potrebbe non godere di tutti i benefici connessi alla Polizza. Il Contraente si impegna a comunicare ogni cambio di residenza/sede legale entro i trenta giorni successivi all'intervenuto trasferimento.

Attuale Contraente (persona giuridica)

FIRMA

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

Nuovo Contraente (persona fisica 1 o persona giuridica)

FIRMA

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

Nuovo Contraente (persona fisica 2)

FIRMA

Data

g	g	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Luogo

Istruzioni e documenti

Il presente documento deve essere compilato in tutte le sezioni necessarie e avendo cura di selezionare le caselle appropriate, secondo le istruzioni fornite in corsivo.

Sia per il Nuovo Contraente che per l'Attuale Contraente si prega di allegare alla presente:

- › copia di un valido documento d'identità (carta d'identità e passaporto)/visura camerale della società, atto costitutivo, statuto e poteri rappresentativi del firmatario;
- › documento di attribuzione del codice fiscale per le persone fisiche;

Solo per il Nuovo Contraente, si prega di allegare alla presente:

- › Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- › Dichiarazione di Conformità Fiscale;
- › Mandati di Divulgazione Specifica;
- › se richiesta, Dichiarazione Confidenziale sull'Origine dei Fondi;
- › eventuale Richiesta Cambio Beneficiario;
- › altra documentazione richiesta dalla Società.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. è iscritta al Registro del Commercio e delle Imprese, R.C.S. Luxembourg, con il numero B37604 ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances (CAA)

Sede legale: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions è un marchio utilizzato dalle società del gruppo Utmost