

SURRENDER REQUEST / DEMANDE DE RACHAT TOTAL

LUXEMBOURG

Policy/Contract Number / Numéro de Contrat

Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A. / *Utmost Wealth Solutions est la marque utilisée par un certain nombre de sociétés Utmost. Ce document a été produit par Utmost Luxembourg S.A.*

Words in the singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender. / *Tout terme utilisé au singulier a la même signification au pluriel et vice versa. Toute notion utilisée au féminin a la même signification au masculin et vice versa.*

All capitalised terms shall have the meaning ascribed to such terms in the clause "Definitions" in the General Conditions of the Policy. / *Tous les termes figurant en majuscules dans le cadre du présent document ont la signification qui leur est donnée à l'article « Définitions » des Conditions Générales du Contrat.*

Individual Policyholder 1 / *Preneur d'Assurance 1*

Mr / M.

Mrs /
Mme

Other /
Autres

Surname / *Nom*

First name(s) / *Prénom(s)*

Street/N° / *Rue/N°*

City / *Ville*

Postcode / *Code postal*

Country / *Pays*

Mobile number /
Téléphone mobile

E-mail / *E-mail*

Please, select as appropriate: / *Veillez choisir ce qui convient :*

I have already provided an AEoI Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid. / *J'ai déjà fourni un Formulaire d'Autocertification Echange Automatique de Renseignements (« EAR ») et je confirme que ce Formulaire est toujours correct et valable.*

or / ou

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. / *Pour les personnes physiques : Je certifie que i) je réside à des fins fiscales dans le pays qui est indiqué dans le tableau qui suit, ii) je fournirai une pièce justificative en cas de changement de pays de résidence à des fins fiscales, et iii) s'il est impossible d'indiquer un NIF pour Raison B, je fournirai rapidement un NIF valide dans les 30 jours.*

TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION) / PAYS DE RÉSIDENCE A DES FINS FISCALES (VEUILLEZ ÉVITER D'EMPLOYER TOUTE ABRÉVIATION)	TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY) / NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (« NIF ») (LE CAS ÉCHEANT)	REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)* / RAISON (A, B OU C)* SI ABSENCE DE NIF	EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY) / EXPLICATION SI NIF INDISPONIBLE (UNIQUEMENT POUR RAISON B)

For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in. / **Pour les personnes morales :** Veuillez fournir dans les 30 jours un Formulaire d'Autocertification EAR complété pour les personnes morales.

Individual Policyholder 2 / Preneur d'Assurance 2

Mr / M.

Mrs / Mme

Other / Autres

Surname / Nom

First name(s) / Prénom(s)

Street/N° / Rue/N°

City / Ville

Postcode / Code postal

Country / Pays

Mobile number /
Téléphone mobile

E-mail / E-mail

Please, select as appropriate: / Veuillez choisir ce qui convient :

I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid. / J'ai déjà fourni un Formulaire d'Autocertification Echange Automatique de Renseignements (« EAR ») et je confirme que ce Formulaire est toujours correct et valable.

or / ou

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. / **Pour les personnes physiques :** Je certifie que i) je réside à des fins fiscales dans le pays qui est indiqué dans le tableau qui suit, ii) je fournirai une pièce justificative en cas de changement de pays de résidence à des fins fiscales, et iii) s'il est impossible d'indiquer un NIF pour Raison B, je fournirai rapidement un NIF valide dans les 30 jours.

TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION) / PAYS DE RÉSIDENCE A DES FINS FISCALES (VEUILLEZ ÉVITER D'EMPLOYER TOUTE ABRÉVIATION)	TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY) / NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (« NIF ») (LE CAS ÉCHEANT)	REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)* / RAISON (A, B OU C)* SI ABSENCE DE NIF	EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY) / EXPLICATION SI NIF INDISPONIBLE (UNIQUEMENT POUR RAISON B)

For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in. / Pour les personnes morales : Veuillez fournir dans les 30 jours un Formulaire d'Autocertification EAR complété pour les personnes morales.

Individual Policyholder 3 / Preneur d'Assurance 3

Mr / M.

Mrs /
Mme

Other /
Autres

Surname / Nom

First name(s) / Prénom(s)

Street/N° / Rue/N°

City / Ville

Postcode / Code postal

Country / Pays

Mobile number /
Téléphone mobile

E-mail / E-mail

Please, select as appropriate: / Veuillez choisir ce qui convient :

I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid. / J'ai déjà fourni un Formulaire d'Autocertification Echange Automatique de Renseignements (« EAR ») et je confirme que ce Formulaire est toujours correct et valable.

or / ou

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. / Pour les personnes physiques : Je certifie que i) je réside à des fins fiscales dans le pays qui est indiqué dans le tableau qui suit, ii) je fournirai une pièce justificative en cas de changement de pays de résidence à des fins fiscales, et iii) s'il est impossible d'indiquer un NIF pour Raison B, je fournirai rapidement un NIF valide dans les 30 jours.

TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION) / PAYS DE RÉSIDENCE A DES FINS FISCALES (VEUILLEZ ÉVITER D'EMPLOYER TOUTE ABRÉVIATION)	TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY) / NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (« NIF ») (LE CAS ÉCHEANT)	REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)* / RAISON (A, B OU C)* SI ABSENCE DE NIF	EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY) / EXPLICATION SI NIF INDISPONIBLE (UNIQUEMENT POUR RAISON B)

For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in. / Pour les personnes morales : Veuillez fournir dans les 30 jours un Formulaire d'Autocertification EAR complété pour les personnes morales.

Individual Policyholder 4 / Preneur d'Assurance 4 Mr / M. Mrs / Mme Other / Autres

Surname / Nom First name(s) / Prénom(s)

Street/N° / Rue/N°

City / Ville Postcode / Code postal

Country / Pays

Mobile number / Téléphone mobile

E-mail / E-mail

Please, select as appropriate: / Veuillez choisir ce qui convient :

I have already provided an AEoI Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid. / J'ai déjà fourni un Formulaire d'Autocertification Echange Automatique de Renseignements (« EAR ») et je confirme que ce Formulaire est toujours correct et valable.

or / ou

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. / Pour les personnes physiques : Je certifie que i) je réside à des fins fiscales dans le pays qui est indiqué dans le tableau qui suit, ii) je fournirai une pièce justificative en cas de changement de pays de résidence à des fins fiscales, et iii) s'il est impossible d'indiquer un NIF pour Raison B, je fournirai rapidement un NIF valide dans les 30 jours.

TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION) / PAYS DE RÉSIDENCE A DES FINS FISCALES (VEUILLEZ ÉVITER D'EMPLOYER TOUTE ABRÉVIATION)	TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY) / NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (« NIF ») (LE CAS ÉCHEANT)	REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)* / RAISON (A, B OU C)* SI ABSENCE DE NIF	EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY) / EXPLICATION SI NIF INDISPONIBLE (UNIQUEMENT POUR RAISON B)

For Entities: Please promptly within 30 days provide an AEoI Self-Certification Form for Entities duly filled in. / Pour les personnes morales : Veuillez fournir dans les 30 jours un Formulaire d'Autocertification EAR complété pour les personnes morales.

- * Reason A / Raison A The country where the Account Holder is liable to pay tax does not issue TINs to its residents. / Le pays dont le Titulaire de compte est assujéti à l'impôt ne délivre pas de NIF à ses résidents.
- Reason B / Raison B The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (please explain why you are unable to obtain a TIN in the table if you have selected this reason). / Le Titulaire de compte est autrement incapable d'obtenir un NIF ou tout numéro équivalent (veuillez expliquer la raison de votre incapacité à obtenir un NIF dans le tableau si vous avez opté pour cette raison).
- Reason C / Raison C No TIN is required (Note. Only select this Reason C if the authorities of the country of tax residence entered do not require the TIN to be disclosed). / Pas d'obligation de fournir un NIF. (Note : veuillez ne sélectionner la Raison C que si les autorités du pays de résidence à des fins fiscales renseigné n'exigent pas la communication du NIF).

I / We undersigned, Policyholder(s) of the Policy request the Insurer to proceed to the total surrender of the Policy mentioned above as follows: / Je/Nous soussigné(s), Preneur(s) d'Assurance du Contrat, demande/demandons à l'Assureur

de procéder au rachat total du Contrat mentionné ci-dessus comme suit :

The Insurer will pay the surrender value net of fees to the Policyholder. Whatever the possible method of taxation of the surrender, it will be the responsibility of the Policyholder to declare the amount of the financial income related to the surrender in his tax return. / L'Assureur versera le montant du rachat net de frais au Preneur d'Assurance. Quel que soit l'éventuel mode d'imposition du rachat, il appartiendra au Preneur d'Assurance de reporter dans sa déclaration de revenus le montant des produits financiers afférents au rachat.

Please transfer the amounts/securities (subject to prior acceptance by the Insurer) to the following account(s): / Veuillez transférer les sommes/titres (sous réserve d'acceptation au préalable par l'Assureur) vers le(s) compte(s) suivant(s) :

Name of the bank / Nom de la banque

Residential address / Adresse résidentielle

Street/N° / Rue/N°

City / Ville Postcode / Code postal

Country / Pays

E-mail / E-mail

Account holder name / Nom du titulaire du compte

Sort Code Account Number / Numéro de compte

SWIFT/BIC IBAN

Cash account currency / Devise du compte de liquidité

Asset account number / Numéro du compte titres (for payment in specie only) / (uniquement pour un paiement en titres)

Other Instructions (assets transfer or assets instruction, FX exchange) / Instructions additionnelles (transfert d'actifs ou instruction sur les actifs, échange de devises)

REASON FOR THE SURRENDER / RAISON DU RACHAT TOTAL

Supplementary income required / Revenu supplémentaire requis

Payment of tax, invoices and other fees / Paiement des taxes, factures et autres frais

Investment in real estate / Investissement dans l'immobilier

Reinvestment into another life insurance policy with Utmost Luxembourg S.A. / *Réinvestissement dans une autre police d'assurance avec Utmost Luxembourg S.A.*

Reinvestment with another company / *Réinvestissement auprès d'une autre compagnie*

Investment performance / *Rendement des investissements*

Other / *Autre*

1. I/We confirm that I/we have not transferred, assigned or in any way encumbered my/our rights or title under the Policy and that I/we have not designated irrevocable Beneficiaries and that I/we am/are fully entitled to request this surrender; / *Je/Nous confirme/confirmons n'avoir ni transféré, ni cédé, ni grevé de quelque façon que ce soit mes/nos droits ou titre de propriété relatifs au Contrat, ne pas avoir désigné de Bénéficiaire devenu irrévocable et que je/nous suis/sommes en droit de demander le présent rachat total ;*
2. I/We acknowledge that this surrender will be executed in accordance with the General Conditions of the Policy; / *Je/Nous reconnais/reconnaissons que la présente demande de rachat total sera exécutée conformément aux Conditions Générales du Contrat ;*
3. I/We understand that any and all outstanding indebtedness, including any applicable taxes to be withheld by the Insurer, will be deducted from the Surrender Value; and / *Je/Nous reconnais/reconnaissons que tout impayé, y compris toute taxe devant être retenue à la source par l'Assureur, sera débité de la valeur de rachat; et*
4. I/We agree that on payment of the policy proceeds, the Insurer will be discharged absolutely from its obligations in respect of the Policy. / *J'accepte/Nous acceptons que, par le paiement des sommes dues au titre du Contrat, l'Assureur sera entièrement libérée de toutes ses obligations eu égard au Contrat.*

TAX COMPLIANCE CERTIFICATION / DÉCLARATION RELATIVE AUX OBLIGATIONS FISCALES

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. / *Les soussignés Preneurs d'Assurance confirment qu'ils, le Bénéficiaire effectif et si applicable, la personne qui est le payeur réel de la Prime complémentaire, se conforment à toutes leurs obligations fiscales (les « Obligations Fiscales ») liées à l'existence du Contrat et des transactions y relatives (incluant le versement de Prime complémentaire) conformément à la déclaration effectuée lors de la souscription du Contrat.*

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 of the Policyholders' part to comply with any Tax Obligations. / *Les Preneurs reconnaissent avoir déchargé Utmost Luxembourg S.A. (« l'Assureur ») de toute responsabilité et tenir l'Assureur indemne de toutes conséquences résultant d'un manquement à l'une de leurs Obligations Fiscales.*

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. / *Les Preneurs d'Assurance se sont engagés à (i) informer endéans 30 jours l'Assureur d'un éventuel changement lié à la validité de cette déclaration et (ii) fournir à tout moment à l'Assureur tout document qui pourrait leur être raisonnablement demandé par l'Assureur pour démontrer qu'ils remplissent leurs Obligations Fiscales.*

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*. / *L'Assureur rappelle aux Preneurs d'Assurance que les déclarations et la documentation relatives à la conformité fiscale constituent des éléments substantiels pour l'Assureur, que le Contrat a été émis par l'Assureur sur base de l'exactitude et le caractère complet de ces déclarations, et que toute fausse déclaration, qu'elle soit intentionnelle ou non, ou le fait de ne pas fournir la documentation demandée par l'Assureur peut entraîner l'annulation ou la résiliation du Contrat par l'Assureur.*

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. / *Les Preneurs d'Assurance reconnaissent que l'Assureur ne dispense ni d'avis juridique ni fiscal et confirment qu'ils demanderont conseil en cas de questions liées à leurs Obligations Fiscales à leur propre conseiller juridique ou fiscal.*

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. / *Les Preneurs d'Assurance reconnaissent que l'Assureur puisse (directement ou indirectement) recevoir et utiliser les données liées à la conformité fiscale du Contrat et qu'il puisse transmettre cette déclaration relative aux Obligations Fiscales à des tiers, y compris, sans limitation, à la Banque Dépositaire ou à une autorité, administration ou tribunal local ou étranger, si cette transmission d'information est requise en raison de l'existence du Contrat.*

Policyholder 1 / Preneur d'Assurance 1

**SIGNATURE /
SIGNATURE**

Date / Date

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

Place / Lieu

Policyholder 2 / Preneur d'Assurance 2

**SIGNATURE /
SIGNATURE**

Date / Date

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

Place / Lieu

Policyholder 3 / Preneur d'Assurance 3

**SIGNATURE /
SIGNATURE**

Date / Date

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

Place / Lieu

Policyholder 4 / Preneur d'Assurance 4

SIGNATURE /
SIGNATURE

Date / Date

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

Place / Lieu

THE INSURER MUST BE IN RECEIPT OF THE FOLLOWING IN ORDER TO RELEASE THE PROCEEDS: / L'ASSUREUR DOIT ÊTRE EN POSSESSION DES DOCUMENTS SUIVANTS AFIN DE POUVOIR LIBÉRER LES SOMMES :

- > the original Policy Schedule and any endorsement; / *l'original des Conditions Particulières ainsi que tout avenant ;*
- > the original of this surrender request signed by all Policyholders; / *l'original de la présente demande de rachat total signée par l'ensemble des Preneurs d'Assurance ;*
- > certified, valid photographic ID (unless you have provided this to the Insurer previously), and; / *une copie certifiée conforme d'une pièce d'identité en cours de validité (à moins que celle-ci n'ait déjà été fournie à l'Assureur auparavant) ; et*
- > a certificate of residence of the Policyholder(s). / *un certificat de résidence du/des Preneur(s) d'Assurance.*

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. is registered with R.C.S. under number B37604 and regulated by the Commissariat aux Assurances (CAA)
Registered office address: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions is registered in Luxembourg as a business name of Utmost Luxembourg S.A.