

RICHIESTA CAMBIO DISTRIBUTORE ASSICURATIVO

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.

Contraente persona fisica 1

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Contraente persona fisica 2

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

RICHIEDE/RICHIEDONO

la sostituzione dell'attuale distributore assicurativo

(inserire il nome dell'attuale distributore assicurativo)(l' "Attuale distributore assicurativo")

E NOMINA/NOMINANOquale nuovo distributore assicurativo , con sede inNumero di registrazione/iscrizione del distributore assicurativo¹

(il "Nuovo distributore assicurativo").

¹ Si prega di indicare il numero di iscrizione nel registro degli intermediari assicurativi. Questo dato non è richiesto nel caso in cui l'attività di distribuzione assicurativa sia svolta al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

MEZZI DI COMUNICAZIONE PER LA CORRISPONDENZA

Compilando la seguente sezione, le eventuali istruzioni per la comunicazione per la corrispondenza ricevuta da un soggetto terzo fornite in precedenza si considereranno sostituite dalle seguenti.

Corrispondenza ricevuta da un soggetto terzo

Selezionando questa opzione, il Contraente richiede alla Società di inviare il Certificato di polizza e le comunicazioni contrattuali all'indirizzo seguente del proprio consulente fiscale (ad esempio il commercialista) o consulente legale o dell'Intermediario (Soggetto Terzo):

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, selezionando questa opzione, conferisce al Soggetto Terzo il potere di ricevere per suo conto il Certificato di polizza e le comunicazioni contrattuali e accetta di sottoscrivere il modulo dell' Accordo di divulgazione specifica a favore del Soggetto Terzo. Le modalità di ricezione del certificato di polizza e delle comunicazioni contrattuali (elettronica o postale) saranno definite dal Soggetto Terzo.

Se il mezzo di comunicazione prescelto è quello elettronico, il Contraente deve sottoscrivere una procura speciale, tramite un mandato di comunicazione informatica.

DICHIARAZIONI

Il/I sottoscritto/i dichiara/dichiarano di aver compreso e di accettare quanto segue:

- › che i costi/commissioni applicati dal Nuovo Distributore Assicurativo potrebbero essere più elevate rispetto a quelle applicate dal precedente broker, come indicato qui di seguito:

- › che la nomina del Nuovo Distributore Assicurativo sarà efficace solo a seguito del ricevimento da parte della Società dell'originale della presente richiesta, corredato del Mandato di Divulgazione Specifica qui allegato e a condizione che esista un contratto di collaborazione per l'intermediazione assicurativa tra Utmost Luxembourg S.A. e il Nuovo Distributore Assicurativo;
- › Utmost Luxembourg S.A. si riserva il diritto di rifiutare la richiesta di cambio intermediario, a propria discrezione;
- › Utmost Luxembourg S.A. è esonerata da ogni eventuale conseguenza derivante dalla presente richiesta.

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.

Contraente 1

FIRMA

Data

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

Luogo

Contraente 2

FIRMA

Data

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

Luogo

ACCETTAZIONE DEL NUOVO DISTRIBUTORE ASSICURATIVO

Accetto/accettiamo la nomina in qualità di distributore assicurativo della polizza sopramenzionata.

Firma del Nuovo Distributore Assicurativo

Timbro² del Nuovo Distributore Assicurativo

Data

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

Luogo

² Nel caso di persona giuridica.

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