

RICHIESTA DI MODIFICA DELLA MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO

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 1

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Codice fiscale

RICHIESTA DI MODIFICA DELLA MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO

Si prega di selezionare la voce appropriata:

Ho già fornito un Modulo di autocertificazione AEol e confermo che tale autocertificazione resta corretta e valida.

o

Per persone fisiche: Certifico che i) sono residente fiscale in base alla seguente tabella, ii) fornirò un documento certificato a supporto per ogni eventuale variazione futura della residenza fiscale e iii) qualora manchi il NIF per la Motivazione B, fornirò entro 30 giorni, un NIF valido.

PAESI DI RESIDENZA FISCALE (EVITARE EVENTUALI ABBREVIAZIONI)	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE ("NIF") (OVE PRESENTE)	MOTIVAZIONE PER LA MANCATA DISPONIBILITÀ DEL NIF (A, B O C)*	SPIEGAZIONE DELLA MANCATA DISPONIBILITÀ DEL NIF (SOLO PER L'IPOTESI DI CUI ALLA MOTIVAZIONE B)

Per istituzioni: Si prega di fornire un Modulo di autocertificazione AEol debitamente compilato per tutte le entità entro 30 giorni.

Contraente 2

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Codice fiscale

RICHIESTA DI MODIFICA DELLA MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO

Si prega di selezionare la voce appropriata:

Ho già fornito un Modulo di autocertificazione AEol e confermo che tale autocertificazione resta corretta e valida.

o

Per persone fisiche: Certifico che i) sono residente fiscale in base alla seguente tabella, ii) fornirò un documento certificato a supporto per ogni eventuale variazione futura della residenza fiscale e iii) qualora manchi il NIF per la Motivazione B, fornirò entro 30 giorni, un NIF valido.

PAESI DI RESIDENZA FISCALE (EVITARE EVENTUALI ABBREVIAZIONI)	NUMERO DI IDENTIFICAZIONE FISCALE ("NIF") (OVE PRESENTE)	MOTIVAZIONE PER LA MANCATA DISPONIBILITÀ DEL NIF (A, B O C)*	SPIEGAZIONE DELLA MANCATA DISPONIBILITÀ DEL NIF (SOLO PER L'IPOTESI DI CUI ALLA MOTIVAZIONE B)

Per istituzioni: Si prega di fornire un Modulo di autocertificazione AEol debitamente compilato per tutte le entità entro 30 giorni.

- * Motivazione A Il Paese in cui il Titolare del Conto è soggetto ad imposizione fiscale non rilascia il NIF ai propri residenti.
- Motivazione B Il Titolare del Conto non può ottenere altrimenti il NIF o numero equivalente (in tal caso, La preghiamo di indicare nella tabella i motivi per i quali non è possibile ottenere il NIF).
- Motivazione C Non è necessario alcun NIF (nota: opzione selezionabile esclusivamente nel caso in cui le Autorità del Paese di residenza fiscale riportato non richiedano la divulgazione del NIF).

Il sottoscritto Contraente richiede di modificare la copertura assicurativa in caso di decesso applicabile alla Polizza (la "Maggiorazione in Caso di Decesso") dall'attuale (l' "Attuale Maggiorazione in Caso di Decesso") alla seguente Maggiorazione in Caso di Decesso²

Aliquota Decrescente.

Aliquota Fissa del 1% 3% 5%

Aliquota Plus con almeno 1% 3% 5% di Aliquota Fissa.

Aliquota Fissa del 1% 3% 5% integrata della Wealth Life Cover con Soglia di Riferimento al % (riportare la percentuale selezionata, per multipli di 5, tra 20% e 100% dei Premi Pagati Netti).

¹ Si prega di indicare la Maggiorazione in Caso di Decesso applicata alla Polizza.

² Si prega di selezionare soltanto una tra le soluzioni proposte.

Tabella illustrativa delle possibili modifiche della Maggiorazione in Caso di Decesso

DA	A	POSSIBILE/NON POSSIBILE
Aliquota Decrescente	Aliquota Fissa	Possibile.

RICHIESTA DI MODIFICA DELLA MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO

DA	A	POSSIBILE/NON POSSIBILE
	Aliquota Plus	Non Possibile a meno che l'Aliquota Decrescente non venga preventivamente modificata in Aliquota Fissa.
	Wealth Life Cover	Non Possibile a meno che l'Aliquota Decrescente non venga preventivamente modificata in Aliquota Fissa. Inoltre, il Valore di Polizza deve essere \geq alla % dei Premi Pagati Netti selezionata come Soglia di Riferimento della Wealth Life Cover.
Aliquota Fissa	Aliquota Fissa (incremento)	Possibile. Sono consentite solo due modifiche. (ossia, dall'1% al 3% o al 5%; dal 3% al 5%)
	Aliquota Fissa (riduzione)	Non Possibile. (ossia, dal 5% al 3% o all'1%; dal 3% al 1%)
	Aliquota Decrescente	Non Possibile.
	Aliquota Plus	Possibile. L'Aliquota Fissa diviene l'importo minimo della copertura.
	Wealth Life Cover	Possibile. L'Aliquota Fissa deve rimanere attiva. Inoltre, il Valore di Polizza deve essere \geq alla % dei Premi Pagati Netti selezionata come Soglia di Riferimento della Wealth Life Cover.
Aliquota Plus	Aliquota Decrescente	Non Possibile.
	Aliquota Fissa	Possibile. L'Aliquota Plus verrà disattivata.
	Wealth Life Cover	Possibile. L'Aliquota Plus verrà disattivata. Inoltre, il Valore di Polizza deve essere \geq alla % dei Premi Pagati Netti selezionata come Soglia di Riferimento della Wealth Life Cover.
Wealth Life Cover	Aliquota Fissa	Possibile. La Wealth Life Cover verrà disattivata.
	Aliquota Decrescente	Non Possibile.
	Aliquota Plus	Possibile. La Wealth Life Cover verrà disattivata.
	Wealth Life Cover (incremento Soglia di Riferimento)	Possibile. Inoltre, il Valore di Polizza deve essere \geq alla % dei Premi Pagati Netti selezionata come Soglia di Riferimento della Wealth Life Cover.
	Wealth Life Cover (riduzione Soglia di Riferimento)	Possibile.

RICHIESTA DI MODIFICA DELLA MAGGIORAZIONE IN CASO DI DECESSO

Il Contraente e l'Assicurato di Polizza

(nome e cognome di tutti gli Assicurati)

- › dichiarano che l'Assicurato gode, per quanto di conoscenza, di buona salute e non è sottoposto a trattamenti terapeutici continui. L'Assicurato autorizza il proprio medico curante o altri medici professionisti a comunicare alla Società le informazioni relative al proprio stato di salute e che siano necessarie per la valutazione del rischio e l'adempimento delle prestazioni in caso di decesso e autorizza quest'ultima a trasmetterle al proprio riassicuratore.
- › riconoscono altresì che l'Assicurato potrà essere richiesto di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sopportandone i relativi costi, e che in tal senso l'assunzione del rischio assicurativo da parte della Società rispetto alla Nuova Maggiorazione in Caso di Decesso sarà anche condizionato al ricevimento di tali documenti e ai risultati degli accertamenti medici, e necessiteranno, in ogni caso, dell'esplicito consenso della Società.
- › riconoscono ed accettano che Utmost Luxembourg S.A. non prenderà in considerazione la presente richiesta se il Contratto non preveda la facoltà per il Contraente di poter modificare la Maggiorazione in Caso di Decesso in corso di contratto.
- › riconoscono ed accettano che la modifica della Maggiorazione in Caso di Decesso avrà luogo a seguito di formale comunicazione che la Società invierà al Contraente soltanto in caso di eventuale accoglimento della presente richiesta. In tale evenienza, riconoscono ed accettano altresì che la Nuova Maggiorazione in Caso di Decesso sarà efficace soltanto dalla data indicata nella suddetta comunicazione e che sino a tale data sarà efficace l'Attuale Maggiorazione in Caso di Decesso.
- › riconoscono che le informazioni e le eventuali risposte fornite sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società e che pertanto le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alle prestazioni previste dal Contratto ai sensi degli Art. 1892 e 1893 del Codice Civile.
- › dichiarano che l'Evento Assicurato non si è ancora verificato.
- › dichiarano di aver ricevuto ed accettato l'illustrazione dei Costi per Maggiorazione in Caso di Decesso e la tabella sul costo percentuale unitario che verranno effettivamente applicati alla Polizza e appositamente predisposte per il mio/nostro caso concreto, e comunque di essere stato informato della possibilità di richiedere alla Società tale documentazione.
- › dichiarano di avere preventivamente ricevuto ed esaminato la versione aggiornata del documento contenente le informazioni chiave per gli investitori (KID) relativo al presente prodotto accessibile all'indirizzo internet www.utmostinternational.com/priips.
- › **riconoscono che, nel caso in cui il Contraente selezioni l'opzione Wealth life Cover, gli Attivi Ammissibili in cui il fondo interno potrà investire dovranno escludere gli investimenti in società commerciali o meramente operative non quotate o qualsiasi investimento alternativo assimilato a tale categoria.**

dichiarano di non aver dato in Pegno la Polizza, né di averne ceduto i diritti³.
dichiarano di non aver designato alcun beneficiario irrevocabile e di avere il pieno diritto di poter procedere con la presente richiesta³.

³ Si prega di lasciare vuoti i campi appositi, a seconda dei casi, nel caso in cui il Contraente non abbia il pieno diritto di procedere con la presente richiesta. In tale ipotesi, dovrà essere allegato alla presente apposito assenso scritto all'operazione da parte del o dei soggetti interessati (es. creditore pignoratorio, cessionario e/o beneficiari designati irrevocabilmente).

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

Assicurato 1

FIRMA

Data

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

Luogo

Assicurato 2

FIRMA

Data

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

Luogo

Spazio riservato al distributore assicurativo

Sulla base della presente richiesta, dichiaro di aver proceduto personalmente all'identificazione dei soggetti firmatari, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, e che le firme sono state apposte in mia presenza.

Dichiaro, inoltre, di aver effettuato la valutazione di idoneità / adeguatezza dell'operazione.

Denominazione/Cognome e Nome del distributore assicurativo

Firma/Timbro del distributore assicurativo⁴

Numero di Registrazione/Iscrizione del distributore assicurativo⁵

⁴ Nel caso di persona giuridica.

⁵ 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 intermediazione sia svolta al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

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.

I documenti necessari per poter dare seguito alla presente richiesta sono i seguenti:

- › originale del presente atto sottoscritto da tutti i Contraenti e Assicurati;
- › la copia certificata del documento d'identità in corso di validità dei Contraenti e degli Assicurati;
- › eventuali altri documenti richiesti 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