

FORMULARIO DE CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO EXTRAVIDAS / NUNCA RECIBIDAS

PRIVATE WEALTH PORTFOLIO ESPAÑA

ANTES DE COMENZAR

Por favor, complete la sección que corresponda de este formulario tecleando los datos en los espacios pertinentes. Una vez completado, imprima el formulario y fírmelo. Alternativamente, imprímalo y complételo EN MAYÚSCULAS usando tinta azul o negra.

Si se precisa cambiar alguna de las informaciones del presente formulario, tienen que visarla todos los tomadores del seguro.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

Utmost Wealth Solutions es una marca comercial utilizada por varias empresas Utmost. Este documento ha sido emitido por Utmost PanEurope dac. Utmost PanEurope dac está regulada por el Banco Central de Irlanda (Central Bank of Ireland).

Utmost PanEurope dac es una designated activity company registrada en Irlanda (Número 311420) con Domicilio Social en Navan Business Park, Athlumney, Navan, Co. Meath C15 CCW8, Ireland.

Utmost PanEurope dac está autorizada para operar en España en régimen de libertad de prestación de servicios (LPS) y está debidamente registrada a estos efectos en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número L0466.

UPE_WS PR 00062/25.06.2020

T +353 (0)46 909 9700
F +353 (0)46 909 9849
E ccsfrontoffice@utmost.ie
W utmost.ie

1 DATOS DE LA PÓLIZA

MANDATORY

Número de póliza

Tomador del seguro

2 DECLARACIÓN

MANDATORY

Mi firma abajo confirma que:

- › no me ha sido posible localizar las Condiciones Particulares del seguro y creo que se perdieron o destruyeron, por lo que solicito que se envíe un duplicado a mi dirección para correspondencia¹.
- › declaro que, hasta donde sé, la Póliza nunca fue cedida o utilizada como garantía para una hipoteca, aval o prenda y soy la única persona con derecho legal a beneficiarse de la Póliza. Si se encuentra, me comprometo a enviar las Condiciones Particulares del seguro originales a Utmost PanEurope dac (Utmost PanEurope).

FIRMA

Primer Tomador del seguro

Segundo Tomador del seguro (si existe)

Nombre completo

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

¹ Si ha informado a alguna autoridad de la pérdida de las Condiciones Particulares del seguro, por favor proporcione una copia del informe.