

SOLICITUD DE RESCATE TOTAL / SURRENDER REQUEST

SPAIN

Número de Póliza / Policy Number

Utmost Wealth Solutions es la marca utilizada por varias empresas de Utmost. Este documento ha sido publicado por Utmost Luxembourg S.A. / *Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A.*

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa. Toda referencia a un género incluye una referencia al otro género. Por favor complete todos los campos en mayúsculas. / *Words in singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender. Please fill out in block capitals.*

Tomador 1 / Policyholder 1

Sr / Mr

Sra / Mrs

Otro / Other

Apellido(s) / Surname(s)

Nombre(s) / First name(s)

Dirección / Address

Calle / Street

Ciudad/Provincia /
City/County

Código postal / Postcode

País / Country

Teléfono móvil /
Mobile number

Dirección de correo
electrónico / E-mail

Fecha de nacimiento /
Date of birth

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

País de nacimiento /
Country of birth

Nacionalidades (por favor
indique todas) / Nationalities
(please list all)

Residencia actual (fiscal) /
Current (tax) residence

Pasaporte/NIF/CIF /
Passport/TIN

SOLICITUD DE RESCATE TOTAL / SURRENDER REQUEST

Seleccione la opción adecuada: / Please, select as appropriate:

Ya he proporcionado un Formulario AEol de Autocertificación, y confirmo que esta Autocertificación sigue siendo correcta y válida. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

o / or

Para personas físicas: Certifico que i) soy un residente a efectos fiscales según la tabla siguiente, ii) proporcionaré un documento probatorio certificado de cualquier cambio de país de residencia a efectos fiscales, y iii) si falta el número de identificación fiscal (NIF) con arreglo al Motivo B, aportaré prontamente un NIF válido, en un plazo máximo de 30 días. / **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.

PAÍSES DE TRIBUTACIÓN (NO UTILICE ABREVIATURAS) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL («NIF») (EN SU CASO) / TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY)	RAZÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (A, B O C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	EXPLICACIÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (ÚNICAMENTE RAZÓN B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Para Entidades: Deberá prontamente, en un plazo máximo de 30 días, aportar un Formulario de Autocertificación para Entidades, debidamente rellenado. / **For Entities:** Please promptly provide within 30 days an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

Tomador 2 / Policyholder 2

Sr / Mr Sra / Mrs Otro / Other

Apellido(s) / Surname(s) Nombre(s) / First name(s)

Dirección / Address

Calle / Street

Ciudad/Provincia / City/County Código postal / Postcode

País / Country

Teléfono móvil / Mobile number

Dirección de correo electrónico / E-mail

Fecha de nacimiento / Date of birth País de nacimiento / Country of birth

Nacionalidades (por favor indique todas) / Nationalities (please list all)

Residencia actual (fiscal) / Current (tax) residence Pasaporte/NIF/CIF / Passport/TIN

Seleccione la opción adecuada: / Please, select as appropriate:

Ya he proporcionado un Formulario AEol de Autocertificación, y confirmo que esta Autocertificación sigue siendo correcta y válida. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

o / or

Para personas físicas: Certifico que i) soy un residente a efectos fiscales según la tabla siguiente, ii) proporcionaré un documento probatorio certificado de cualquier cambio de país de residencia a efectos fiscales, y iii) si falta el número de identificación fiscal (NIF) con arreglo al Motivo B, aportaré prontamente un NIF válido, en un plazo máximo de 30 días. / **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.

PAÍSES DE TRIBUTACIÓN (NO UTILICE ABREVIATURAS) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL («NIF») (EN SU CASO) / TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY)	RAZÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (A, B O C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	EXPLICACIÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (ÚNICAMENTE RAZÓN B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Para Entidades: Deberá prontamente, en un plazo máximo de 30 días, aportar un Formulario de Autocertificación para Entidades, debidamente rellenado. / **For Entities:** Please promptly provide within 30 days an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

Tomador 3 / Policyholder 3

Sr / Mr Sra / Mrs Otro / Other

Apellido(s) / Surname(s) Nombre(s) / First name(s)

Dirección / Address

Calle / Street

Ciudad/Provincia /
City/County Código postal / Postcode

País / Country

Teléfono móvil /
Mobile number

Dirección de correo
electrónico / E-mail

Fecha de nacimiento /
Date of birth País de nacimiento /
Country of birth

Nacionalidades (por favor
indique todas) / Nationalities
(please list all)

Residencia actual (fiscal) /
Current (tax) residence Pasaporte/NIF/CIF /
Passport/TIN

Seleccione la opción adecuada: / Please, select as appropriate:

Ya he proporcionado un Formulario AEol de Autocertificación, y confirmo que esta Autocertificación sigue siendo correcta y válida. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

o / or

Para personas físicas: Certifico que i) soy un residente a efectos fiscales según la tabla siguiente, ii) proporcionaré un documento probatorio certificado de cualquier cambio de país de residencia a efectos fiscales, y iii) si falta el número de identificación fiscal (NIF) con arreglo al Motivo B, aportaré prontamente un NIF válido, en un plazo máximo de 30 días. / **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.

PAÍSES DE TRIBUTACIÓN (NO UTILICE ABREVIATURAS) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL («NIF») (EN SU CASO) / TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY)	RAZÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (A, B O C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	EXPLICACIÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (ÚNICAMENTE RAZÓN B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Para Entidades: Deberá prontamente, en un plazo máximo de 30 días, aportar un Formulario de Autocertificación para Entidades, debidamente rellenado. / **For Entities:** Please promptly provide within 30 days an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

Tomador 4 / Policyholder 4

Sr / Mr Sra / Mrs Otro / Other

Apellido(s) / Surname(s) Nombre(s) / First name(s)

Dirección / Address

Calle / Street

Ciudad/Provincia /
City/County Código postal / Postcode

País / Country

Teléfono móvil /
Mobile number

Dirección de correo
electrónico / E-mail

Fecha de nacimiento /
Date of birth País de nacimiento /
Country of birth

Nacionalidades (por favor
indique todas) / Nationalities
(please list all)

Residencia actual (fiscal) /
Current (tax) residence Pasaporte/NIF/CIF /
Passport/TIN

Seleccione la opción adecuada: / Please, select as appropriate:

Ya he proporcionado un Formulario AEol de Autocertificación, y confirmo que esta Autocertificación sigue siendo correcta y válida. / I have already provided an AEol Self-Certification Form and I confirm that such Self-Certification is still correct and valid.

o / or

Para personas físicas: Certifico que i) soy un residente a efectos fiscales según la tabla siguiente, ii) proporcionaré un documento probatorio certificado de cualquier cambio de país de residencia a efectos fiscales, y iii) si falta el número de identificación fiscal (NIF) con arreglo al Motivo B, aportaré prontamente un NIF válido, en un plazo máximo de 30 días. / 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.

PAÍSES DE TRIBUTACIÓN (NO UTILICE ABREVIATURAS) / TAX COUNTRIES (PLEASE AVOID ANY ABBREVIATION)	NUMERO DE IDENTIFICACION FISCAL («NIF») (EN SU CASO) / TAX IDENTIFICATION NUMBERS ("TIN") (IF ANY)	RAZÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (A, B O C)* / REASON IF TIN UNAVAILABLE (A, B OR C)*	EXPLICACIÓN, EN CASO DE NO DISPONER DE NIF (ÚNICAMENTE RAZÓN B) / EXPLANATION IF TIN UNAVAILABLE (REASON B ONLY)

Para Entidades: Deberá prontamente, en un plazo máximo de 30 días, aportar un Formulario de Autocertificación para Entidades, debidamente rellenado. / For Entities: Please promptly provide within 30 days an AEol Self-Certification Form for Entities duly filled in.

- * Razón A / Reason A el país en el que el Titular de la cuenta está obligado a tributar no emite NIF a sus residentes. / The country where the Account Holder is liable to pay tax does not issue TINs to its residents.
- Razón B / Reason B el titular de la cuenta no puede obtener un NIF o número equivalente (si ha seleccionado esta razón, explique el motivo por el que no puede obtener un NIF en la tabla). / 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).
- Razón C / Reason C no se exige ningún NIF. (Nota: seleccione únicamente esta Razón C si las autoridades del país de residencia fiscal que ha indicado no exigen la divulgación del NIF). / 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).

SOLICITUD DE RESCATE TOTAL / SURRENDER REQUEST

Yo/nosotros, abajo firmante/s, como tomador/es de la Póliza, solicitamos que Utmost Luxembourg S.A. rescate totalmente la Póliza de la manera siguiente. / I/We, the undersigned as Policyholder(s) of the Policy, would like to make a full surrender from the Policy as follows:

Se ruega transfieran el valor de rescate/títulos a la/s siguiente/s cuenta/s: / Please transfer the proceeds to the following account(s):

Nombre del banco / Name of the bank	<input type="text"/>		
Dirección / Address	<input type="text"/>		
Calle / Street	<input type="text"/>		
Ciudad/Provincia / City/County	<input type="text"/>	Código postal / Postcode	<input type="text"/>
País / Country	<input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico / E-mail	<input type="text"/>		
Nombre titular / Account holder name	<input type="text"/>		
Código bancario / Sort Code	<input type="text"/>	Nº cuenta / Account number	<input type="text"/>
SWIFT/BIC / SWIFT/BIC	<input type="text"/>	IBAN / IBAN	<input type="text"/>
Divisa de la cuenta de efectivo / Cash account currency	<input type="text"/>		
Número de la cuenta de activos / Asset account number	<input type="text"/>	(sólo para pagos en especie) / (for payment in specie only)	

Otras instrucciones (transferencia de activos o instrucción de activos, cambio de divisas) / Other Instructions (assets transfer or assets instruction, FX exchange)

RAZÓN DEL RESCATE / REASON FOR THE SURRENDER

Ingreso suplementario requerido / Supplementary income required

Pago de impuestos, facturas y otras tasas o comisiones / Payment of tax, invoices and other fees

Inversiones inmobiliarias / Investment in real estate

Reinversión en otra póliza de seguro de vida con Utmost Luxembourg S.A. / Reinvestment into another life insurance policy with Utmost Luxembourg S.A.

Reversión con otra empresa / *Reinvestment with another company*

Rendimiento de la inversión / *Investment performance*

Fecha de vencimiento / *Term end date*

Otros / *Other*

1. Yo/nosotros confirmo/confirmamos que no he/hemos transferido, cedido o gravado de ninguna manera mis/nuestras facultades o derechos según los términos de la póliza, que no he/hemos designado beneficiarios irrevocables y que estoy/estamos en pleno derecho de solicitar este rescate. / *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 am/are fully entitled to request this withdrawal.*
2. Yo/nosotros reconocemos que este rescate será procesado de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza. / *I/We acknowledge that this withdrawal will be executed in accordance with the General Conditions of the Policy.*
3. Yo/nosotros entiendo/entendemos que toda deuda o cargo pendientes, incluyendo tasas o impuestos aplicables y a retener por Utmost Luxembourg S.A., será/n deducido/s del valor de rescate de la Póliza. / *I/We further confirm that I/we have taken appropriate independent advice from a professional source in relation to the consequences in tax of the options offered above.*
4. Yo/nosotros reconozco/reconocemos que tras el pago del valor de rescate de la Póliza, Utmost Luxembourg S.A. quedará libre de todas sus obligaciones respecto a la Póliza. / *I/We acknowledge that upon payment of the surrender value of the Policy, Utmost Luxembourg S.A. will be free of all obligations regarding the Policy.*

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO / TAX COMPLIANCE CERTIFICATION

El tomador abajo firmante (el **"Tomador"**) de una o varias pólizas de seguro de vida (las **"Pólizas"**) emitidas por Utmost Luxembourg S.A., declara por la presente que el mismo, el Titular Real (TR) y, si procede, el pagador real de las primas correspondientes a las Pólizas, cumple con todas las obligaciones fiscales (las **"Obligaciones Fiscales"**) relativas a las Pólizas. / *The undersigned policyholder (the "Policyholder") for one or more life insurance policies (the "Policies") with Utmost Luxembourg S.A., hereby declares that he/she, the Economic Beneficial Owner and, where appropriate, the person who is the real payer of premiums to the Policies, complies with all applicable tax obligations (the "Tax Obligations") with regard to the Policies.*

El Tomador confirma asimismo que cumplirá con todas las Obligaciones Fiscales relativas a la existencia de las Pólizas y a aquellas transacciones relativas a las mismas. Por la presente el Tomador exime a Utmost Luxembourg S.A. de cualquier responsabilidad y confirma que compensará a Utmost Luxembourg S.A. de cualesquiera consecuencias que pudieran derivarse del incumplimiento por su parte de el Tomador de sus Obligaciones Fiscales. Adicionalmente, el Tomador se compromete a (i) informar a Utmost Luxembourg S.A. en 30 días de cualquier cambio en la validez de esta declaración y (ii) proporcionar a Utmost Luxembourg S.A. cualquier información razonablemente requerida en cualquier momento por ésta para acreditar total cumplimiento con las Obligaciones Fiscales. / *The Policyholder further confirms that he/she will comply with all Tax Obligations related to the existence of, and transactions on, the Policies. The Policyholder hereby discharges Utmost Luxembourg S.A. of any liability and will hold Utmost Luxembourg S.A. indemnified for any consequences resulting from the failure on the Policyholder's part to comply with any Tax Obligations. Furthermore, the Policyholder undertakes to (i) inform Utmost Luxembourg S.A. within 30 days of any changes to the validity of this declaration and (ii) provides Utmost Luxembourg S.A. with any documentation reasonably requested at any time by Utmost Luxembourg S.A. in order to evidence full compliance with their Tax Obligations.*

El Tomador entiende y acepta que las declaraciones y la documentación relacionada con el cumplimiento fiscal son elementos esenciales para Utmost Luxembourg S.A., que la Póliza se emitirá por Utmost Luxembourg S.A. en base a la exactitud e integridad de dichas declaraciones, y que cualquier tergiversación, sea o no intencional, o no proporcionar la información requerida por Utmost Luxembourg S.A., puede resultar en la cancelación o terminación de la Póliza por parte de Utmost Luxembourg S.A.. / *The Policyholder acknowledges and agrees that the declarations and documentation related*

SOLICITUD DE RESCATE TOTAL / SURRENDER REQUEST

to compliance with the Tax Obligations are essential elements for Utmost Luxembourg S.A., that the Policy will be issued by Utmost Luxembourg S.A. 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 Utmost Luxembourg S.A..

El Tomador manifiesta estar informados de que Utmost Luxembourg S.A. no proporciona asesoría, ni legal ni fiscal, y confirman que cualquier cuestión relativa a sus Obligaciones Fiscales será realizada a sus asesores legales y fiscales. / The Policyholder acknowledges that Utmost Luxembourg S.A. 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.

Tomador 1 / Policyholder 1

FIRMA / SIGNATURE

Fecha / Date

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

Lugar / Place

Tomador 2 / Policyholder 2

FIRMA / SIGNATURE

Fecha / Date

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

Lugar / Place

Tomador 3 / Policyholder 3

FIRMA / SIGNATURE

Fecha / Date

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

Lugar / Place

Tomador 4 / Policyholder 4

FIRMA / SIGNATURE

Fecha / Date

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

Lugar / Place

UTMOST LUXEMBOURG S.A. DEBERÁ RECIBIR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA PODER PROCEDER CON EL PAGO: / *UTMOST LUXEMBOURG S.A. MUST BE IN RECEIPT OF THE FOLLOWING IN ORDER TO RELEASE THE PROCEEDS:*

- › El documento original de Condiciones Particulares de la Póliza y todos sus endosos, / *the original Policy Schedule and any endorsement;*
- › El original de esta solicitud de rescate firmada por todos los tomadores, y / *the original of this Surrender Request signed by all Policyholders, and;*
- › Copia certificada de documento de identidad válido (en caso de que no haya sido proporcionado con anterioridad). / *a certified copy of a valid ID for each of the Policyholders (unless you have provided this to Utmost Luxembourg S.A. previously); and*

IMPORTANTE / IMPORTANT:

Dependiendo de la liquidez de la cesta de activos y los plazos de liquidación de cada gestor de fondos, el procesamiento de su solicitud de rescate puede experimentar importantes retrasos. También dependiendo del destino del pago, dicho pago puede requerir 10 días hábiles adicionales desde el Día de Contratación en que la solicitud es procesada. / *Depending on the liquidity of your Portfolio and the redemption timetable of any Fund Manager, the processing of your withdrawal request may be delayed substantially. Depending on the destination of the withdrawal proceeds, payment may take an additional 10 Business Days from the Dealing Day on which the withdrawal is processed. If you need to receive Regular Withdrawal proceeds on a particular date, please specify a date of commencement that takes this timeframe into account.*

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)
Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.