

# RICHIESTA CAMBIO CONTRAENTE

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.

Con la presente, il/i sottoscritto/i "Attuale/i Contraente/i" della Polizza

Nome e Cognome dell'Attuale Contraente persona fisica 1

residente a

 (indirizzo completo di residenza fiscale della persona fisica),

Data di nascita

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

Paese di nascita

Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Codice fiscale

Nome e Cognome dell'Attuale Contraente persona fisica 2

residente a

 (indirizzo completo di residenza fiscale della persona fisica),

Data di nascita

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

Paese di nascita

Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Codice fiscale

Attuale Contraente della polizza n.

**DICHIARA**

di voler trasferire la titolarità della Polizza, con tutti i diritti ed obblighi relativi, in favore del Nuovo Contraente (persona giuridica) qui di seguito indicato:

Denominazione completa della società

Registrata presso  Registrazione n.

Indirizzo della sede legale

Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

E-mail

Forma giuridica (Si prega di precisare).

Società quotata

Società non quotata

Altro

Per poter adempiere ai nostri obblighi in base all'accordo FATCA e agli standard comuni di comunicazione di informazioni (CRS), si prega di allegare un modulo per la fiscalità USA W-8BEN-E o W-9, oltre ad un Modulo di autocertificazione sullo scambio automatico di informazioni (AEOI), debitamente compilati.

**Amministratore 1**  Sig.  Sig.ra  Altro

Cognome  Nome(i) (per esteso)

Data di nascita  Paese di nascita

Indirizzo di residenza

Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare  Telefono

E-mail

**Amministratore 2**  Sig.  Sig.ra  Altro

Cognome  Nome(i) (per esteso)

Data di nascita         Paese di nascita

Indirizzo di residenza  
 Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare  Telefono

E-mail

L'Attuale Contraente dichiara di non aver dato in pegno la Polizza, né di averne ceduto i diritti. Dichiara, inoltre, che l'Evento Assicurato non si è ancora verificato.

Motivazione della presente richiesta

**MODALITA' DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI AL NUOVO CONTRAENTE**

Il Nuovo Contraente ha la possibilità di ricevere le comunicazioni inviate dalla Società in corso di Contratto su supporto cartaceo o per posta elettronica.

Compilare solo una delle due sezioni A o B.

Il supporto cartaceo è l'opzione predefinita ma il Contraente può richiedere di ricevere ogni comunicazione inviata dalla Società a mezzo posta elettronica.

**A) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO SU SUPPORTO CARTACEO**

Al fine di individuare il nuovo indirizzo per l'invio della corrispondenza attinente alla Polizza, si prega di selezionare una delle seguenti opzioni:

- indirizzo di residenza fiscale / sede legale del Contraente persona fisica 1\* / persona giuridica
- l'indirizzo del consulente fiscale (ad esempio, commercialista) o consulente legale o intermediario assicurativo. Con la presente dichiarazione conferisco alla persona nominata il potere di ricevere dalla Società qualsiasi comunicazione e/o documentazione attinente alla Polizza. Resta inteso che la Società non potrà essere ritenuta responsabile in merito a tale scelta.

**Indirizzo del consulente fiscale, consulente legale o broker**

Denominazione completa della società			
Cognome		Nome(i) (per esteso)	
Via / N°			
Città		Codice Postale	
Stato			
E-mail			

Il Nuovo Contraente è consapevole che l'invio di documenti e/o comunicazioni attinenti alla Polizza all'indirizzo di corrispondenza è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo della sede legale e, pertanto, implica accettazione dei predetti documenti da parte del destinatario.

La Società si riserva in ogni caso il diritto di contattare il Nuovo Contraente direttamente all'ultimo indirizzo di residenza comunicato. La Società avrà la facoltà, ma non l'obbligo, di contattare il Nuovo Contraente a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Società, le informazioni possano raggiungere il Nuovo Contraente, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Società ritenga più adeguati (per esempio telefono, fax o e-mail). Nel caso in cui vi siano più Contraenti, è sufficiente che ciascuna comunicazione sia data a uno di loro, essendo inteso che ciascun Contraente conferisce mandato agli altri. Nel caso in cui la Società sia obbligata a richiedere al Nuovo Contraente informazioni imposte da norme di legge o regolamenti, siano essi italiani o stranieri, inclusi gli adempimenti fiscali, il Nuovo Contraente si impegna a fornire le informazioni richieste, inclusa qualsivoglia informazione fiscale o finanziaria.

**B) INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO TRAMITE POSTA ELETTRONICA**

Qualora il Contraente opti per la formalità elettronica, è pregato di selezionare il riquadro che segue e di fornire un valido indirizzo di posta elettronica da questo personalmente utilizzato. In ogni caso, il Contraente ha il diritto di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo della o delle comunicazioni inviate a mezzo posta elettronica.

Il sottoscritto Contraente 1 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 1 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 1 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**

Il sottoscritto Contraente 2 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Società, e relative alla presente Polizza, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo . Il sottoscritto Contraente 2 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Società. **Il Contraente 2 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.**

**Il Contraente riconosce che la mancata selezione del riquadro da parte del relativo Contraente comporterà l'applicazione dell'opzione predefinita e pertanto l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto su supporto cartaceo.**

Il sottoscritto Nuovo Contraente della Polizza

**DICHIARA (barrare tutte le caselle interessate)**

- › di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Richiesta, letto, compreso ed approvato le Condizioni di Contratto/Condizioni Contrattuali che regolano la Polizza nonché ogni altro documento contrattuale e precontrattuale;
- › di accettare il trasferimento della titolarità della Polizza con tutti i diritti e obblighi relativi;
- › di confermare l'identità dell'Assicurato e la Prestazione Assicurativa come indicate nella Polizza;
- › di essere consapevole ed accettare che la Società avrà il diritto di contattare il Nuovo Contraente direttamente all'ultimo indirizzo della sede legale comunicato, ovvero a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Società, le informazioni possano raggiungere il Nuovo Contraente, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Società riterrà più adeguati (ad esempio telefono fax o e-mail);

> di essere disponibile a fornire alla Società le informazioni da questa richieste, inclusa qualsivoglia informazione fiscale o finanziaria, qualora imposte da norme di legge o regolamenti, siano essi italiani o stranieri, inclusi gli adempimenti fiscali;

di confermare i Beneficiari designati nella Polizza;

di designare i Beneficiari della Polizza indicati nell'apposita richiesta di cambio beneficiario acclusa al presente modulo.

Se la designazione dei Beneficiari della Polizza è stata da questi ultimi accettata, il loro consenso è necessario per la validità della richiesta di Cambio Contraente di cui al presente modulo. Inoltre, il Nuovo Contraente riconosce che nell'ipotesi di accettazione da parte dei Beneficiari, alcuni diritti della Polizza potranno essere esercitati solo con il consenso di questi ultimi.

La Società non è responsabile delle conseguenze derivanti dal presente cambio di contraenza incluse, senza limitazione, le conseguenze di tipo fiscale. Con la sottoscrizione della presente richiesta, si ritiene che l'Attuale Contraente e il Nuovo Contraente siano pienamente consapevoli delle implicazioni derivanti dalla presente richiesta di Cambio Contraente ed abbiano ottenuto un parere legale e fiscale indipendente circa le conseguenze legate alle loro particolari condizioni soggettive.

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.

**Attuale Contraente (persona fisica 1)**

**FIRMA**

Data

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

Luogo

**Attuale Contraente (persona fisica 2)**

**FIRMA**

Data

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

Luogo

**Nuovo Contraente (persona giuridica)**

**FIRMA**

Data

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

Luogo

#### 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.

Sia per il Nuovo Contraente che per l'Attuale Contraente si prega di allegare alla presente:

- › copia di un valido documento d'identità (carta d'identità e passaporto)/visura camerale della società, atto costitutivo, statuto e poteri rappresentativi del firmatario;
- › documento di attribuzione del codice fiscale per le persone fisiche;

Solo per il Nuovo Contraente, si prega di allegare alla presente:

- › Informativa sul Trattamento dei Dati Personali;
- › Dichiarazione di Conformità Fiscale;
- › Mandati di Divulgazione Specifica;
- › se richiesta, Dichiarazione Confidenziale sull'Origine dei Fondi;
- › eventuale Richiesta Cambio Beneficiario;
- › altra documentazione richiesta dalla Società.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://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