

# RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

ITALY

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.

**Beneficiario persona fisica 1**

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Data di nascita

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

Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

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.

RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

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.

Nome della Banca

Indirizzo  
Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

Telefono

E-mail

Intestazione del conto (in caso di più di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità)

Sort Code  Numero conto liquidità

SWIFT/BIC  Codice IBAN

Divisa del conto liquidità

Numero conto titoli  (solo per il trasferimento di titoli)

**Beneficiario persona fisica 2**

Sig.  Sig.ra  Altro

Cognome  Nome(i) (per esteso)

Data di nascita  g g m m a a a a Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Indirizzo di residenza fiscale  
Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE 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.

Nome della Banca

Indirizzo

Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

Telefono

E-mail

Intestazione del conto (in caso di più di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità)

Sort Code  Numero conto liquidità

SWIFT/BIC  Codice IBAN

Divisa del conto liquidità

Numero conto titoli  (solo per il trasferimento di titoli)

RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

**Beneficiario persona fisica 3**

Sig.   
  Sig.ra   
  Altro   

Cognome       Nome(i) (per esteso)

Data di nascita 

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

      Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Indirizzo di residenza fiscale  
Via / N°

Città       Codice Postale

Stato

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.

Nome della Banca

Indirizzo  
Via / N°

Città       Codice Postale

Stato

Telefono

E-mail

RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

Intestazione del conto (in caso di piú di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità)

Sort Code  Numero conto liquidità

SWIFT/BIC  Codice IBAN

Divisa del conto liquidità

Numero conto titoli  (solo per il trasferimento di titoli)

**Beneficiario persona fisica 4**  Sig.  Sig.ra  Altro

Cognome  Nome(i) (per esteso)

Data di nascita  g  g  m  m  a  a  a  a  Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città  Codice Postale

Stato

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.

Nome della Banca

## RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

Indirizzo

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Telefono

E-mail

Intestazione del conto (in caso di più di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità)

Sort Code

Numero conto liquidità

SWIFT/BIC

Codice IBAN

Divisa del conto liquidità

Numero conto titoli

(solo per il trasferimento di titoli)

**Beneficiario persona fisica 5**

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Data di nascita

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

Luogo di nascita

Nazionalità (si prega di elencare tutte le nazionalità)

Indirizzo di residenza fiscale

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

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.

## RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

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.

Nome della Banca	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
Via / N°	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Codice Postale	<input type="text"/>
Stato	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Intestazione del conto (in caso di più di un titolare, si prega di indicare nome e cognome di tutti i cointestatari fornendo i relativi documenti di identità)	<input type="text"/>		
Sort Code	<input type="text"/>	Numero conto liquidità	<input type="text"/>
SWIFT/BIC	<input type="text"/>	Codice IBAN	<input type="text"/>
Divisa del conto liquidità	<input type="text"/>		
Numero conto titoli	<input type="text"/>	(solo per il trasferimento di titoli)	

- \* 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).



## RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

## Amministratore 2

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Data di nascita

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

Paese di nascita

Indirizzo di residenza

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

("Beneficiario")

## Nome dell'/degli Assicurato/i

("Assicurato")

Il sottoscritto Beneficiario della Polizza richiede il pagamento della Prestazione in Caso di Decesso mediante bonifico bancario utilizzando le coordinate bancarie summenzionate.

- › Dichiaro di essere consapevole che eventuali residui oneri pendenti saranno dedotti dall'ammontare della Prestazione in Caso di Decesso.
- › Dichiaro di essere consapevole che la Prestazione in Caso di Decesso verrà eseguita nel rispetto di quanto previsto dal Contratto.
- › Acconsento che con il pagamento della Prestazione in Caso di Decesso, la Società sarà totalmente liberata da ogni obbligazione derivante dalla Polizza.
- › Acconsento che in caso di molteplici Beneficiari, la Prestazione in Caso di Decesso venga ripartita e corrisposta a ciascun Beneficiario in base alla misura indicata dal Contraente, ovvero in quote uguali in caso di designazione "eredi legittimi o testamentari".

**MANDATO DI DIVULGAZIONE SPECIFICA PER LA SOCIETÀ E PER L'INTERMEDIARIO PER I RAPPORTI TRIBUTARI E REGOLAMENTARI**

I(l) Beneficiario della polizza summenzionata (la "Polizza") come individuati nella Richiesta di Pagamento della Prestazione in Caso di Decesso:

(di seguito "Beneficiario(i)")

Dà(nno) mandato di divulgazione specifica per la trasmissione di informazioni come definite nel presente Mandato alla Società e all'Intermediario per i Rapporti Tributarî e Regolamentari in Italia di seguito identificato in:

**FIDIGER S.p.A. con sede legale in Milano (Italia), Via Fabio Filzi, 25/A CAP 20124.**

È convenuto quanto segue:

- Il Contraente autorizza espressamente la Società a trasmettere direttamente e/o attraverso l'Intermediario per i Rapporti Tributarî e Regolamentari le informazioni, la documentazione e i dati, di natura confidenziale o meno, relativi alla Polizza sopra indicata, e ad ogni altra polizza eventualmente sottoscritta con la Società, alle competenti autorità di vigilanza, tributarie e giudiziarie italiane e straniere (tra cui, ad esempio in Italia, Agenzia delle Entrate e IVASS) al fine di ottemperare agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di anticiclaggio della Società (tra cui, ad esempio, la comunicazione all'Archivio dei Rapporti Finanziari) anche in occasione di ispezioni, verifiche e interrogazioni da parte delle predette autorità.

## RICHIESTA DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

- b. Il Beneficiario autorizza espressamente l'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari, o qualsiasi suo rappresentante o impiegato, in virtù del presente mandato specifico relativo alla trasmissione di informazioni, a:
- ottenere dalla Società o da qualsiasi suo impiegato o rappresentante, le informazioni, la documentazione e i dati, di natura confidenziale o meno, relativi alla Polizza sopra indicata, e ad ogni altra polizza eventualmente sottoscritta con la Società, e richiesti al fine di ottemperare agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di antiriciclaggio della Società. Le suddette informazioni, la documentazione e i dati potranno essere trasmessi dalla Società all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari telefonicamente, per fax, posta (raccomandata o meno) o attraverso qualsiasi altro mezzo elettronico;
  - trasmettere le suddette informazioni, la documentazione e i dati alle predette competenti autorità nella misura richiesta e necessaria al fine di adempiere agli obblighi fiscali, legali, regolatori e di antiriciclaggio della Società.
- c. Ai sensi dell'articolo 2003 del Codice Civile Lussemburghese, questo mandato sopravviverà alla morte o a qualsiasi procedura di insolvenza avviata nei confronti del Contraente. Se uno dei Contraenti, la Società o un Destinatario è soggetto ad una acquisizione, fusione, trasformazione o consolidamento in o da parte di un'altra persona giuridica, l'entità risultante sarà il successore legale e/o contrattuale di tale parte. In tal caso, la Società o il Contraente può terminare il mandato senza preavviso entro 30 giorni dalla notifica dell'evento.
- d. Nel caso in cui l'incarico all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari termini per qualsiasi motivo e un Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari sia nominato dalla Società, quest'ultima comunicherà il nuovo nominativo al Beneficiario. Il Beneficiario espressamente conferisce al nuovo Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari i medesimi poteri già conferiti all'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari con il presente mandato. L'Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari comunicherà al nuovo Intermediario per i Rapporti Tributari e Regolamentari tutte le informazioni, la documentazione e i dati relativi alla Polizza.
- e. Questo mandato è soggetto alle Condizioni Contrattuali della Polizza e sarà disciplinato e interpretato in conformità con le leggi del Granducato di Lussemburgo. I tribunali del Lussemburgo hanno competenza esclusiva per qualsiasi controversia relativa all'esistenza, all'interpretazione, alla validità e all'esecuzione del presente mandato.

**Beneficiario (persona fisica)**

Far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato"

**FIRMA**

Data

Luogo

**Beneficiario (persona fisica)**


Far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato"

**FIRMA**

Data

Luogo

**Beneficiario (persona fisica)**

 Far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato"


**FIRMA**

Data

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

Luogo

**Beneficiario (persona fisica)**

 Far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato"


**FIRMA**

Data

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

Luogo

**Beneficiario (persona fisica)**

 Far precedere la firma dalla dicitura posta a mano "Con valore di mandato"

**FIRMA**

Data

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

Luogo

**Firma e timbro del Beneficiario persona giuridica 1**

**FIRMA**

Data

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

Luogo

## ISTRUZIONI E DOCUMENTI

**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 richiesta di riscatto sono i seguenti:

- › originale del Certificato di Polizza ed eventuali appendici (qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Società o quando ci siano dubbi sulla autenticità del Contratto o di altra documentazione che il Beneficiario intenda far valere). Quanto qui previsto non comporta inversione dell'onere della prova in caso di contenzioso con la Società;
- › certificato di morte del/degli Assicurato/i in originale. La Società si riserva il diritto di richiedere la relazione del medico curante, e, in caso di ricovero, copia di tutte le cartelle cliniche, complete di anamnesi e autenticate dalla Direzione Sanitaria, eventuale referto autopsico o qualsiasi altro documento inerente alla causa di morte;
- › se richiesto dalla Società, si prega di inviare la relazione del medico curante, e, in caso di ricovero, copia di tutte le cartelle cliniche, complete di anamnesi e autenticate dalla Direzione Sanitaria, eventuale referto autopsico o qualsiasi altro documento inerente alla causa della morte;
- › atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà da cui dovrà rilevarsi (sotto la propria responsabilità): (1) l'identità del o dei Beneficiari; (2) che il Contraente non ha lasciato testamento o che nel testamento non sono presenti disposizioni tendenti a variare o revocare la designazione del Beneficiario indicato nel Contratto; (3) *(in caso di designazione in favore degli eredi ed in presenza di testamento)* l'espletamento di ogni tentativo e il compimento di quanto in proprio potere per accertare che il testamento presentato sia l'unico o, nel caso di più testamenti, che sia quello ritenuto valido; l'assenza di contestazioni avverso il testamento o i testamenti; l'assenza di altri Beneficiari oltre quelli menzionati; (4) *(in caso di designazione in favore degli eredi e in assenza di testamento)* lo stato di famiglia del Contraente con l'età di ciascun componente avente diritto e, se coniugato, il regime legale tra i coniugi e la circostanza che tra il Contraente stesso e il consorte non sia stata pronunciata sentenza di separazione;
- › (in presenza di testamento) copia autentica o estratto autentico del testamento;
- › in caso di Beneficiari minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o copia autenticata che autorizzi il legale rappresentante dei minorenni o incapaci Beneficiari a riscuotere in loro nome e vece l'importo spettante con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- › copia di un valido documento di identità (carta d'identità o passaporto) e del documento di attribuzione del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- › la presente richiesta firmata da tutti i beneficiari;
- › se richiesto dalla Società, ogni altro documento utile a provare il diritto del richiedente.

**IMPORTANTE:**

In base alla destinazione del pagamento, alla liquidità degli investimenti sottostanti e alla tempistica di liquidazione di ciascun gestore, lo stato della presente Richiesta e il relativo pagamento potrebbero subire dei ritardi rispetto all'ordinario temine previsto contrattualmente.

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