

AUFTRAG ZUM RÜCKKAUF (KÜNDIGUNG)

DEUTSCHLAND

Policennummer/Vertragsnummer

Utmost Wealth Solutions ist der Markenname, der von einer Reihe von Utmost-Unternehmen verwendet wird. Dieses Dokument wurde von Utmost Luxembourg S.A. herausgegeben.

Die Verwendung des Singulars schließt, wo einschlägig, die Form des Plurals mit ein. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Versicherungsnehmer/Antragsteller 1

Herr

Frau

Sonstiges

Name(n)

Vorname(n)

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

Mobilnummer

Email

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN)	STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND)	GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)*	ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B)

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer/Antragsteller 2

Herr
 Frau
 Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse
Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Mobilnummer

Email

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN)	STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND)	GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)*	ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B)

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer/Antragsteller 3

Herr
 Frau
 Sonstiges

Name(n) Vorname(n)

Adresse
Straße/Hausnummer

Ort Postleitzahl

Land

Mobilnummer

Email

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN)	STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND)	GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)*	ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B)

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

Versicherungsnehmer/Antragsteller 4

Herr

Frau

Sonstiges

Name(n)

Vorname(n)

Adresse

Straße/Hausnummer

Ort

Postleitzahl

Land

Mobilnummer

Email

Zutreffendes bitte auswählen:

Ich habe bereits ein Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs eingereicht und bestätige hiermit, dass diese Selbstauskunft immer noch korrekt und gültig ist.

oder

Für natürliche Personen: Hiermit bestätige ich, dass i) meine Steueransässigkeit den Angaben in der folgenden Tabelle entspricht, ii) ich bei künftigen Änderungen eines Steuerlandes einen beglaubigten Nachweis einreichen werde, und iii) bei Fehlen einer Steueridentifikationsnummer gemäß Grund B umgehend innerhalb von 30 Tagen eine gültige Steueridentifikationsnummer übermitteln werde.

STEUERWOHNSITZ (BITTE KEINE ABKÜRZUNGEN VERWENDEN)	STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER (FALLS ZUTREFFEND)	GRUND, WENN KEINE STEUERIDENTIFIKA- TIONSNUMMER VORLIEGT (A, B ODER C)*	ERLÄUTERUNG, FALLS KEINE STEUERIDENTIFIKATIONS- NUMMER VORLIEGT (NUR GRUND B)

Für Rechtsträger: Bitte reichen Sie umgehend innerhalb von 30 Tagen ein ordnungsgemäß ausgefülltes Formular zur Selbstauskunft zum Zwecke des automatischen Informationsaustauschs für Rechtsträger ein.

- * Grund A Das Land, in dem der Kontoinhaber steuerpflichtig ist, gibt keine Steueridentifikationsnummern an seine Einwohner aus.
- Grund B Der Kontoinhaber ist anderweitig nicht in der Lage, eine Steueridentifikationsnummer oder eine andere entsprechende Nummer zu erhalten (wenn Sie diesen Grund ausgewählt haben, erläutern Sie bitte in der Tabelle, warum Sie nicht in der Lage sind, eine Steueridentifikationsnummer zu erhalten).
- Grund C Es ist keine Steueridentifikationsnummer erforderlich. (Hinweis: Bitte wählen Sie diesen Grund C nur dann aus, wenn die Behörden des angegebenen Landes der steuerlichen Ansässigkeit keine Mitteilung der Steueridentifikationsnummer fordern.)

Ich/wir als Versicherungsnehmer der o.g. Police/n bitte/n um Auflösung der o.g. Police/n.

Bitte überweisen Sie den Betrag/übertragen Sie die Wertpapiere an folgende Bankverbindung:

Name der Bank	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
Ort	<input type="text"/>	Postleitzahl	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		
Name des/der Kontoinhaber/s	<input type="text"/>		
Bankleitzahl	<input type="text"/>	Kontonummer	<input type="text"/>
SWIFT/BIC	<input type="text"/>	IBAN Nummer	<input type="text"/>

Währung des Kontos

Depotkontonummer (nur bei Übertragung von Wertpapieren)

Andere Anweisungen (Vermögenstransfer oder Vermögensinstruktion, FX-Wechsel)

GRUND DER AUFLÖSUNG

Zusätzliches Einkommen erforderlich

Zahlung von Steuern, Rechnungen, anderen Gebühren

Anlage in Immobilien

Wiederanlage in einer anderen Lebensversicherungspolice bei Utmost Luxembourg S.A.

Wiederanlage in einer anderen Gesellschaft

Rendite der Anlage

Ablaufdatum

Andere

1. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir die Rechte und Ansprüche aus dieser Police nicht übertragen, abgetreten oder anderweitig belastet habe/n, dass keine unwiderruflich Bezugsberechtigten vorhanden sind und dass ich/wir befugt bin/sind, diesen Rückkauf zu beantragen.
2. Ich/wir verstehe/n, dass dieser Rückkauf in Übereinstimmung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Police/n bearbeitet wird.
3. Ich/wir bin/sind mir/uns bewusst, dass jegliche noch ausstehenden Zahlungsverpflichtungen, inklusive eventuell einzubehaltender Steuern, von dem Rückkaufswert einbehalten werden.
4. Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass Utmost Luxembourg S.A. mit der Zahlung des Rückkaufswerts vollständig von seinen Verpflichtungen aus der/den o.g. Police/n befreit wird.

ZERTIFIKAT ZUR STEUERKONFORMITÄT

Der/die unterzeichnende(n) Versicherungsnehmer (die "**Versicherungsnehmer**") eines oder mehrerer bei Utmost Luxembourg S.A. verwalteten Lebensversicherungsverträgen (die "**Policen**") erklärt/erklären hiermit, dass er/sie selber, der/ die wirtschaftlich Berechtigte(n) und gegebenenfalls auch die Person(en), welche die Prämienzahlungen in die Policen leistet/leisten, alle für ihn/sie relevanten steuerlichen Pflichten (die "**Steuerlichen Pflichten**") in Bezug auf die Policen erfüllt/ erfüllen.

Die Versicherungsnehmer bestätigen außerdem, dass sie allen Steuerlichen Pflichten, welche sich in Verbindung mit dem Bestehen oder Transaktionen bzgl. der Policen ergeben, erfüllen werden. Die Versicherungsnehmer stellen Utmost Luxembourg S.A. von jeglicher Verantwortung frei und verzichten auf jegliche rechtlichen Schritte gegen Utmost Luxembourg S.A., sollten sich irgendwelche Konsequenzen aus Verstößen der Versicherungsnehmer gegen die Steuerlichen Pflichten ergeben.

Die Versicherungsnehmer verpflichten sich dazu, Utmost Luxembourg S.A. alle angemessenerweise von Utmost Luxembourg S.A. angeforderten Dokumente zum Nachweis der vollständigen Erfüllung ihrer Steuerverpflichtungen zur Verfügung zu stellen.

Die Versicherungsnehmer verstehen und stimmen zu, dass die Erklärungen und Dokumente bezüglich der Steuerkonformität für Utmost Luxembourg S.A. wesentliche Elemente sind, dass die Police von Utmost Luxembourg S.A. im Vertrauen auf die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Erklärungen ausgestellt wird und dass jede beabsichtigte oder unbeabsichtigte Falschdarstellung oder Nichtvorlage der von Utmost Luxembourg S.A. angeforderten Dokumente die Kündigung der Police durch Utmost Luxembourg S.A. zur Folge haben kann.

Zudem verpflichten sich die Versicherungsnehmer, Utmost Luxembourg S.A. unverzüglich über jegliche Veränderungen zu informieren, welche die Gültigkeit dieser Erklärung betreffen könnten.

Die Versicherungsnehmer sind sich bewusst, dass Utmost Luxembourg S.A. weder rechtlichen noch steuerlichen Rat erteilt und bestätigen, dass sie jegliche Fragen in Bezug auf ihre Steuerlichen Verpflichtungen an ihren Rechtsberater bzw. ihren Steuerberater richten werden.

1. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

2. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

3. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

4. Versicherungsnehmer

UNTERSCHRIFT

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ort

UTMOST LUXEMBOURG S.A. MÜSSEN FOLGENDE DOKUMENTE VORLIEGEN, UM DIE AUSZAHLUNG ZU VERANLASSEN:

- › Versicherungsschein und evtl. Nachtrag/Nachträge im Original.
- › Das Original dieses Auftrags, von allen Versicherungsnehmern unterzeichnet.
- › Gültige und beglaubigte Ausweiskopien aller Versicherungsnehmer im Original.

WICHTIG:

Je nach Liquidität des Portfolios und Rückzahlungsfristen der Fondsmanager kann sich die Auszahlung unter Umständen erheblich verzögern.

Je nach Bankverbindung der anspruchsberechtigten Person/en kann sich die Auszahlung um zusätzliche 10 Geschäftstage verzögern.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. ist unter der Nummer B37604 im Handels- und Firmenregister (R.C.S.) eingetragen und unterliegt der Aufsicht des Commissariat aux Assurances (CAA)
Eingetragener Firmensitz: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions ist in Luxemburg als Handelsname von Utmost Luxembourg S.A. registriert