

RICHIESTA DI RISCATTO

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.

Contraente 1

Sig.

Sig.ra

Altro

Cognome

Nome(i) (per esteso)

Indirizzo

Via / N°

Città

Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare

E-mail

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.

Contraente 2

Sig. Sig.ra Altro

Cognome Nome(i) (per esteso)

Indirizzo
Via / N°

Città Codice Postale

Stato

Telefono Cellulare

E-mail

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.

- * 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).

Il sottoscritto Contraente richiede:

- il RISCATTO TOTALE della Polizza. Il Contraente acconsente che con il pagamento dell'ammontare riscattato, la Società sarà integralmente liberata da ogni obbligazione derivante dalla Polizza.
- il RISCATTO PARZIALE della Polizza. In caso di più fondi sottostanti alla Polizza, le operazioni di disinvestimento verranno eseguite proporzionalmente tra i fondi collegati sulla base del Valore del Fondo e di quanto previsto nel Contratto (il Contraente può indicare una diversa ripartizione/criterio in un separato documento da allegare alla presente richiesta che verrà preso in considerazione da Utmost Luxembourg S.A. nell'esecuzione delle operazioni di disinvestimento).

Importo del riscatto parziale¹

¹ L'importo da indicare deve intendersi al lordo dell'eventuale tassazione applicabile.

In conformità a quanto previsto nel Contratto, il sottoscritto Contraente richiede: (si prega di selezionare una o entrambe le opzioni, a seconda dei casi)

- di trasferire la liquidità conseguente all'esecuzione delle operazioni di disinvestimento del o dei fondi presso le coordinate sotto indicate. Il pagamento dovrà essere effettuato nella seguente valuta:

EUR

Altra valuta

- di trasferire gli Attivi Ammissibili e la liquidità del o dei soli Fondi Interni Dedicati cod.

presso le coordinate sotto indicate.

Selezione del metodo di deduzione della ritenuta alla fonte

Importo netto (tasse e penalità dedotte dal conto corrente)

Importo lordo (tasse e penalità dedotte dall'importo del prelievo)

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)

Altre istruzioni (trasferimento di assets , valuta estera)

RAGIONE DEL RISCATTO

Reddito supplementare richiesto

Pagamento di tasse, fatture o altre spese

Investimento immobiliare

Reinvestimento in un'altra polizza assicurativa con Utmost Luxembourg S.A.

Reinvestimento con altra compagnia

Performance dell'investimento

Altro

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di non aver dato in pegno la Polizza, né di averne ceduto i diritti²;
- di non aver designato alcun beneficiario irrevocabile e di avere il pieno diritto di procedere alla presente richiesta²;
- di percepire l'ammontare riscattato nell'esercizio dell'attività d'impresa in quanto la Polizza è stata stipulata nell'ambito della propria attività commerciale³;
- › che l'Evento Assicurato previsto in Polizza non si è ancora verificato;
 - › di essere consapevole che il Riscatto verrà eseguito nel rispetto di quanto previsto nel Contratto;
 - › di essere consapevole che eventuali oneri pendenti residui (ivi incluse eventuali tasse) saranno dedotti dall'importo del Riscatto.

² Si prega di lasciare vuoti i campi appositi, a seconda dei casi, nel caso in cui il Contraente non abbia il pieno diritto di procedere con la presente richiesta. In tale ipotesi, dovrà essere allegato alla presente apposito assenso scritto all'operazione da parte del o dei soggetti interessati (es. creditore pignoratizio, cessionario e/o beneficiari designati irrevocabilmente).

³ Nel caso in cui il campo sia selezionato, la Società non applicherà l'imposta sostitutiva sui redditi generati ma la sola imposta di bollo come da normativa vigente.

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.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ FISCALE

Il sottoscritto contraente/noi sottoscritti contraenti (i "**Contraenti**") di una o più polizze di assicurazione sulla vita (le "**Polizze**") stipulate con la Società, con la presente dichiariamo che io, noi, il Titolare Effettivo e, ove applicabile, la persona che versa i premi delle Polizze, ci conformiamo agli obblighi fiscali applicabili (gli "**Obblighi Fiscali**") in relazione alle Polizze.

I Contraenti confermano inoltre che si conformeranno a tutti gli Obblighi Fiscali connessi all'esistenza delle, e alle operazioni sulle, Polizze. I Contraenti liberano altresì la Società da qualsiasi responsabilità e la terranno indenne da qualsiasi conseguenza che dovesse risultare dal mancato rispetto degli Obblighi Fiscali da parte dei Contraenti.

I Contraenti dichiarano, inoltre, di aver fornito alla Società, tutta la documentazione ragionevolmente richiesta da quest'ultima, comprovanti la piena conformità agli obblighi fiscali applicabili in relazione alla Polizza e si impegnano ad informare immediatamente la Società di qualsivoglia modifica inerente la validità della presente dichiarazione di conformità fiscale.

I Contraenti riconoscono che la Società non fornisce alcuna consulenza legale o fiscale e confermano che si rivolgeranno ai propri consulenti legali o fiscali per qualsiasi questione relativa agli Obblighi Fiscali.

I Contraenti prendono atto e riconoscono che le dichiarazioni e la documentazione attestante la conformità fiscale, rappresentano elementi essenziali per la Società e che la Polizza sarà emessa facendo affidamento sulla accuratezza e completezza di tali dati. Pertanto eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, oltre che la mancata produzione della documentazione richiesta dalla Società, può compromettere il diritto alle prestazioni previste dal Contratto e in particolare essere causa di annullamento della Polizza o di recesso da parte della Società.

Contraente 1

FIRMA

Data

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

Luogo

Contraente 2

FIRMA

Data

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

Luogo

Spazio riservato al distributore assicurativo

Dichiaro di aver proceduto personalmente all'identificazione dei soggetti firmatari, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, e che le firme sono state apposte in mia presenza.

Dichiaro, inoltre, di aver effettuato la valutazione di idoneità / adeguatezza (qualora richiesto dalla normativa applicabile) della richiesta di riscatto parziale connessa ad una operazione di disinvestimento ripartita non proporzionalmente tra i fondi collegati alla Polizza.⁴

Denominazione/Cognome e Nome del distributore assicurativo

Firma/Timbro dell'distributore assicurativo⁵

Numero di Registrazione/Iscrizione del distributore assicurativo⁶

⁴ Si prega di selezionare il campo apposito in caso di riscatto parziale le cui operazioni di disinvestimento dovranno aver luogo in modo non proporzionale tra i fondi collegati alla polizza.

⁵ Nel caso di persona giuridica.

⁶ Si prega di indicare il numero di iscrizione nel registro degli intermediari assicurativi. Questo dato non è richiesto nel caso in cui l'attività di intermediazione sia svolta al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

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

(I) Contraente della polizza summenzionata (la "Polizza") come individuati nella Richiesta come individuati nella Richiesta di Riscatto, di cui il presente Mandato ne costituisce parte integrante:

(di seguito "Contraente")

Dà(nno) mandato di divulgazione specifica per la trasmissione di informazioni come definite nel presente Mandato a Utmost Luxembourg S.A., con sede legale in 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg (di seguito "Utmost Luxembourg S.A.") con sede secondaria in Milano (Italia), Piazza San Marco, n. 3, CAP 20121 (di seguito la "Sede Secondaria") (congiuntamente Utmost Luxembourg S.A. e la Sede Secondaria, di seguito come la "Società"), e all'Intermediario per i Rapporti Tributari 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:

- a. Il Contraente autorizza espressamente la Società a trasmettere direttamente e/o attraverso l'Intermediario per i Rapporti Tributari 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 antiriciclaggio 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.
- b. Il Contraente 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:
 - i. 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;
 - ii. 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 Contraente. Il Contraente 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.

Contraente 1



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


FIRMA

Data

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

Luogo

Contraente 2

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

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.

I documenti necessari per poter dare seguito alla richiesta di riscatto sono i seguenti:

- › l'originale del Certificato di Polizza ed eventuali appendici (soltanto in caso di RISCATTO TOTALE);
- › la presente Richiesta di Riscatto in originale sottoscritta da tutti i Contraenti;
- › copia certificata della carta di identità in corso di validità (a meno che non sia stata già precedentemente fornita alla Società);
- › nel caso in cui l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato sottoscritta da quest'ultimo o altro documento equipollente (anche in forma di autocertificazione) allo scopo di attestare l'esistenza in vita del medesimo.

IMPORTANTE:

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

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. - Italian Branch/Sede secondaria italiana, Piazza San Marco 3, I-20121 Milano, Italia, è iscritta al Registro Imprese in Italia con P.IVA n. 08441540963. E' autorizzata dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ad operare in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta all'Albo delle imprese IVASS, Elenco I, n. I.00121

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