

Modulo per la richiesta di liquidazione a Scadenza

Proposta Numero	Agenzia	Codice agenzia	Codice intermediario/a
-----------------	---------	----------------	------------------------

Il/la Beneficiario/a della prestazione può richiedere la liquidazione a scadenza del contratto inoltrando il presente modulo, corredato della documentazione da allegare, a FWU Life Insurance Lux S.A. Per le condizioni a scadenza si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del Set Informativo.

Il/la sottoscritto/a, Beneficiario/a della suddetta polizza

Numero di polizza _____ Contraente (Nome e Cognome/Ragione Sociale) _____

Nome e Cognome _____

Codice fiscale _____ Sesso F/M _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Provincia _____ Stato di nascita _____

Telefono _____ E-mail _____

CHIEDE la liquidazione a scadenza del contratto come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

A tal fine, dichiara che l'Assicurato/a _____ è ancora in vita e allega alla presente copia del documento d'identità del/della medesimo/a, il/la quale sottoscrive a sua volta la presente richiesta per accettazione.

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO/A

Indirizzo di Residenza _____ Numero civico _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____ Stato _____

Professione o classe di attività _____

Nazionalità Italiana o Altro _____

Territorialità Fiscale di appartenenza Italia USA e/o _____ Specificare la Nazione _____ Identificativo fiscale (TIN/NIF) _____

Relazione con il/la Contraente (se diverso) _____

Documento di riconoscimento Carta d'Identità Patente Passaporto _____ Numero documento _____

Data Emissione _____ Data Scadenza _____ Autorità Emittente _____ Luogo di Emissione _____

INDIVIDUAZIONE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Il/La Beneficiario/a riveste o ha rivestito da meno di un anno importanti cariche pubbliche in Italia o in qualsiasi altra nazione?

Cariche pubbliche importanti: Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro, Sottosegretario, Presidente della Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri, deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati Esteri, membro degli organi direttivi centrali dei partiti politici, giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati Esteri, membri degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti, Ambasciatore, Incaricato d'Affari ovvero cariche equivalenti in Stati Esteri, Ufficiale di grado apicale delle Forze Armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri, componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti, direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale, direttore vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetti svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.

No Sì _____
Se sì, il/la Beneficiario/a descriva la tipologia di carica e specifichi la data di inizio e l'eventuale data di cessazione dello stesso

Ci sono familiari vicini all/alla Beneficiario/a che rivestono o hanno rivestito da meno di un anno importanti cariche pubbliche?

Sono familiari: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi, nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili.

No Sì _____
Se sì, il/la Beneficiario/a descriva il tipo di carica e la relazione con il PEP e specifichi la data di inizio e l'eventuale data di cessazione della stessa

Attualmente il/la Beneficiario/a intrattiene notoriamente stretti legami con persone politicamente esposte?

Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: le persone fisiche che detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di affari; le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

No Sì _____
Se sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione

DATI PER IL PAGAMENTO

Il/la Beneficiario/a chiede che il pagamento della prestazione venga liquidato sul conto corrente, di cui è intestatario, avente le seguenti coordinate:

Il/la Beneficiario/a è rappresentato da un Esecutore (per es: Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno, titolari effettivi dell'Azienda)?

 No Sì, si prega di compilare il modulo "Titolare effettivo"

DATA E FIRMA DEL/DELLA SOTTOSCRITTORE/TRICE

Il/la sottoscritto/a Beneficiario/a/Esecutore/trice, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati identificativi riprodotti negli appositi campi della presente scheda corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza relativamente all'eventuale titolare effettivo del rapporto.

Sottoscrizione

Data

Luogo



Firma del/della Beneficiario/a/Esecutore/trice

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/la Beneficiario/a, l'Esecutore/trice e l'Assicurato/a (se diversi) dichiarano di aver ricevuto da FWU Life Insurance Lux S.A. l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei propri dati personali conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente. L'informativa suddetta è altresì disponibile sul sito della Compagnia nella sezione prodotti / centro informativo.

Sottoscrizione

Data

Luogo



Firma del/della Beneficiario/a/Esecutore/trice

Se il/la Contraente è diverso/a dall'Assicurato/a:

Nome e Cognome dell'Assicurato/a



Firma dell'Assicurato/a

Se il contratto è Vincolato:

Vincolatario Pignoratizio



Firma del Vincolatario

Si prega di inviare il modulo cartaceo all'indirizzo FWU Life Insurance Lux S.A. - Casella Postale 82 - 27036 Mortara (PV)

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del/della Beneficiario/a.
- In caso di Beneficiario/a diverso/a dall'Assicurato/a, copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato/a
- In caso di Residenza Fiscale diversa dall'Italia, modulistica attestante la propria Residenza Fiscale in conformità alla normativa F.A.T.C.A. e C.R.S.
- In caso di Beneficiari minorenni / persona incapace di agire: copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la riscossione degli importi ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine all'impiego delle somme liquidate; copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale dell'esecutore/trice; documentazione attestante la facoltà di agire per conto del/della Beneficiario/a (es. procura autenticata).
- Copia comprovante la titolarità bancaria del conto corrente indicato su cui si desidera che venga bonificato il valore di riscatto
- **La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria. La Compagnia potrà eseguire il pagamento dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta corredata da tutta la documentazione ritenuta necessaria e comunque non prima della data di scadenza prevista dal contratto.**