

Modulo per la richiesta di liquidazione in caso di Sinistro

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

Il/La Beneficiario/a della prestazione può richiedere la liquidazione in caso di decesso dell'assicurato/a con il presente modulo, corredato della documentazione da allegare, ai nostri uffici: FWU Life Insurance Lux S.A. Per le condizioni a scadenza si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del Set Informativo. E' necessario fornire alla Compagnia i dati contenuti nel presente modulo per ogni beneficiario/a designato/a nel contratto.

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 _____

Nome e Cognome dell'Assicurato/a _____

CHIEDE la liquidazione per sinistro dell'assicurato/a, per la propria quota parte, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

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 al/La 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:

IBAN

Il/la Beneficiario/a è rappresentato da un/a Esecutore/trice (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



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



Firma del/della Beneficiario/a/Esecutore/trice

Se il contratto è Vincolato:



Firma del Vincolatario

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

- Certificato di morte dell'Assicurato/a in originale
- Atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio in Originale (vidimata dal competente ufficio comunale), indicante le generalità di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato/a con la precisazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi legittimi oltre a quelli riportati. Inoltre, in tale certificato deve essere precisato se il/la Contraente abbia lasciato o meno testamento e se il testamento stesso, di cui deve essere rimessa copia autentica, è l'unico od ultimo conosciuto, valido e non impugnato;
- Copia del modulo ISTAT di decesso (scheda di morte oltre il 1° anno di vita) rilasciato dall'ASL territoriale;
- Relazione del medico curante sulle cause del decesso (solo in caso di decesso presso la propria abitazione nel corso dei primi 3 anni di Polizza);
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio, infortunio), copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- Copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota relativa al primo ricovero occorso per la patologia che ha causato il decesso (solo in caso di decesso in ospedale o in casa di cura nel corso dei primi 3 anni di Polizza);
- Se fra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci, Originale del Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il/la Tutore/trice alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche le modalità del reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo;
- Copia del documento di riconoscimento e codice fiscale dei Beneficiari/aventi diritto
- 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.