

# Modifica pagatore, metodo di pagamento e autorizzazione addebito diretto SEPA DD

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

## DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a Contraente della polizza	Nome e Cognome			
	Polizza Numero			
Codice Fiscale	Codice fiscale	Partita IVA		
Professione	Classe di attività	Settore attività		
<b>Solo per persona giuridica:</b>				
Dati del/della Delegato/a / Legale Rappresentante				
Codice Fiscale	Nome e Cognome			
dichiara che i dati anagrafici aggiornati sono				
Sede legale	Indirizzo			Numero civico
	CAP	Città	Provincia	Stato
	Indirizzo			Numero civico
	CAP	Città	Provincia	Stato
Indirizzo di contatto <i>(indicare solo se diverso da residenza / sede legale)</i>	Indirizzo			Numero civico
	CAP	Città	Provincia	Stato
	Indirizzo			Numero civico
Recapiti	Numero di telefono privato	Numero di telefono di lavoro	Cellulare	
	E-mail			
Cittadinanza	<input type="checkbox"/> Italiana	o	<input type="checkbox"/> Altro	
Territorialità Fiscale	<input type="checkbox"/> Italia	<input type="checkbox"/> USA	e/o	<input type="text"/>
	Specificare la Nazione			Identificativo fiscale (TIN/NIF)

## INDIVIDUAZIONE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Il/la Contraente 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.		
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Se sì, il/la Contraente 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 Contraente 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.		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Se sì, il/la Contraente 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 Contraente 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.		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Se sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione	

## DICHIARA CHE IL PAGAMENTO DEL PREMIO/DEI PREMI È EFFETTUATO

<input type="checkbox"/> dal/dalla contraente stesso/a	<input type="checkbox"/> da un/a terzo/a Pagatore/trice Occasionale	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> da un/a terzo/a Pagatore/trice Continuativo/a	<input type="text"/>
		Rata del (gg/mm/aaa)
		Dalla rata del (gg/mm/aaa)

## SELEZIONA IL SEGUENTE METODO DI PAGAMENTO

 SEPA DD (compilare l'Autorizzazione al pagamento tramite SDD)

 Bonifico

## DATI DEL/DELLA TERZO/A PAGATORE/TRICE

Il/la contraente dichiara i dati del/della terzo/a Pagatore/trice (indicare solo se diverso/a dal/dalla Contraente)

 Nome e Cognome/Ragione sociale

 Nome e Cognome Legale rappresentante (in caso di Società)

 Codice fiscale

 Partita IVA

 Data di nascita

 Luogo di nascita

 Provincia

 Stato di nascita

 Indirizzo di residenza/Sede legale

 Numero civico

 CAP

 Città

 Provincia

 Stato

 Relazione con Contraente

 Professione

 Settore economico

Origine dei fondi:

 Reddito

 Risparmio

 Eredità

 Altro

## AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE ADEBITO DIRETTO SEPA

Codice identificativo del/della creditore/trice

 IT500010000094093500216

Identificativo del mandato:

 numero di polizza

Creditore/trice

**FWU Life Insurance Lux S.A.**  
Via Roberto Lepetit 8/10  
20124 Milano (MI)

Sottoscrivendo il presente mandato lei autorizza FWU Life Insurance Lux S.A. ad inoltrare istruzioni alla sua banca affinché il suo conto corrente venga addebitato come da istruzioni impartite. Potrà eventualmente richiedere la restituzione degli importi addebitati come previsto dalla normativa SEPA DD. La richiesta di rimborso deve essere presentata entro otto (8) settimane dalla data di registrazione di un addebito autorizzato.

 Banca

 BIC

 IBAN

Intestato a

 Contraente

 Terzo/a Pagatore/trice (sopra identificato/a)

Tipo pagamento

 Pagamento ricorrente

 Importo del premio frazionato in euro

Si conviene che l'anticipo per la pre-notifica verrà adeguato ai tempi minimi di comunicazione previsti dai processi informatici interbancari. Io, il Pagatore sopra identificato, consento all'attivazione dell'addebito diretto SEPA.

Sottoscrizione del/della

 Data

 Luogo


 Firma del/della Pagatore/trice

## DATA E FIRMA DEL/DELLA SOTTOSCRITTORE/TRICE

Il/la sottoscritto/a Contraente, 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 Contraente

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

Il/la Contraente dichiara 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.

Inoltre, il/la sottoscritto/a Contraente si impegna a consegnare ai Beneficiari nominativamente designati, copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che li riguardano ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 presente nella documentazione contrattuale e sul sito della Compagnia, sollevando FWU Life dalla responsabilità di ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.

Sottoscrizioni

 Data

 Luogo


 Firma del/della Contraente

 Data

 Luogo


 Firma del/della Pagatore/trice

 Codice dell'Intermediario/a


 Firma dell'Intermediario/a

Si prega di inviare il modulo cartaceo all'indirizzo sopra indicato o via e-mail a [info@fwulife.it](mailto:info@fwulife.it) allegando:

- Copia del documento di identità e del codice fiscale del/della contraente (fronte e retro)

In caso di contraente persona giuridica:

- Visura camerale aggiornata (non più vecchia di 3 mesi)
- Documento d'identità in corso di validità (fronte e retro) e codice fiscale del/della Delegato/a / Legale Rappresentante e del/della titolare effettivo/a