

## Modulo per la richiesta di liquidazione a Scadenza

Il Beneficiario della prestazione può richiedere la liquidazione a scadenza del contratto inoltrando il presente modulo, corredato della documentazione da allegare, mediante raccomandata AR ai nostri uffici: FWU Life Insurance Lux S.A. Via Roberto Lepetit 8/10 · I-20124 Milano. Per le condizioni a scadenza si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del fascicolo di polizza (si veda anche la sezione PRODOTTI del sito [www.fwulife.it](http://www.fwulife.it) )

Numero di polizza \_\_\_\_\_

Contraente (Nome e Cognome/Ragione Sociale) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, Beneficiario della suddetta polizza, Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Luogo e Stato di nascita \_\_\_\_\_ Sesso F/M \_\_\_\_\_

Recapiti: Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### chiede

la liquidazione a scadenza del contratto come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione per scadenza del termine previsto contrattualmente per il riscatto; a tal fine, dichiara che l'Assicurato (Nome e Cognome ) \_\_\_\_\_ è ancora in vita e allega alla presente copia del documento d'identità del medesimo, il quale sottoscrive a sua volta la presente richiesta per accettazione.

### A tal proposito fornisce: DATI DEL BENEFICIARIO

Indirizzo di Residenza (via, numero) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Nazionalità  Italiana  Altro, indicare \_\_\_\_\_

Professione o classe di attività \_\_\_\_\_

Territorialità Fiscale di appartenenza  Italia  USA  e/o \_\_\_\_\_

se la territorialità fiscale è estera, Indicare il NIF/ TIN \_\_\_\_\_

Relazione con il Contraente (se diverso) \_\_\_\_\_

### Documento di riconoscimento

Tipo  Carta d'Identità  Patente  Passaporto

Numero documento \_\_\_\_\_ Data Emissione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data Scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Autorità Emittente \_\_\_\_\_ Luogo di Emissione \_\_\_\_\_

### Individuazione Persone Politicamente Esposte

- Ha o ha avuto cariche pubbliche importanti in Italia o in qualsiasi altra nazione?

Cariche pubbliche importanti: Capo di Stato, Capo di Governo, Ministro, Vice ministro, Segretario di Stato o Sottosegretario di Stato, Membro del Parlamento, Membro della Corte Suprema o della Corte Costituzionale o di altri enti, le cui decisioni non siano soggette a ricorso o appello, Membro della Corte dei Conti o di Consigli di Amministrazione delle banche centrali, Ambasciatore, Incaricato d'Affari e Ufficiale di alto livello delle Forze Armate, Membri degli organi di amministrazione, direzione e vigilanza delle imprese possedute dallo Stato

Sì  No Se Sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio \_\_\_\_\_

- Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti?

Familiari: Coniugi o persone con cui ha una relazione sentimentale stabile, genitori o figli o coniugi dei figli.

Sì  No Se Sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio \_\_\_\_\_



### Data e firma del Sottoscrittore

Il sottoscritto Beneficiario/Esecutore, 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Beneficiario/Esecutore \_\_\_\_\_ 

### Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Il Beneficiario, l'Esecutore e l'Assicurato (se persone diverse) dichiarano di aver ricevuto dalla Compagnia l'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione alla quale acconsentono espressamente, ai sensi del citato decreto legislativo, al trattamento ed alla comunicazione dei loro dati personali ai termini ed alle condizioni previsti dalla vigente normativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Beneficiario/Esecutore \_\_\_\_\_ 

### Se il Beneficiario è diverso dall'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

### Se il contratto è Vincolato

Vincolatario \_\_\_\_\_ Firma del Vincolatario \_\_\_\_\_

#### Allegati:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del Beneficiario.
- In caso di beneficiario diverso dall'assicurato, copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato
- 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; documentazione attestante la facoltà di agire per conto del Beneficiario (es. procura autenticata)

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.