

# Modulo per la richiesta di riattivazione del contratto

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

## DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a Contraente della polizza	Nome e Cognome			
Codice Fiscale	Polizza Numero			
Professione	Codice fiscale	/	Partita IVA	
<b>Solo per persona giuridica:</b> Dati del/della Delegato/a / Legale Rappresentante	Classe di attività	Settore attività		
Codice Fiscale	Nome e Cognome			
dichiara che i dati anagrafici aggiornati sono	Codice fiscale			
Sede legale	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
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	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.

No  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.

No  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.

No  Sì

Se sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione

## DICHIARA/CHIEDE

**DICHIARA** di essere a conoscenza che ad oggi il contratto risulta stornato da FWU Life/ in stato di riduzione.

**CHIEDE** la riattivazione del piano di pagamento dei premi mediante (scegliere l'opzione desiderata):

**IL VERSAMENTO IN UN'UNICA SOLUZIONE** pari ad EURO

delle rate arretrate a partire dal (mese e anno di riferimento dell'ultima rata pagata)

TRAMITE BONIFICO BANCARIO sulle coordinate:

**IBAN: IT 55 B 03069 01631 100000013083** Intestate a FWU Life Insurance Lux S.A. con causale "Cognome e Nome del/della Contraente e numero di polizza".

**L'ESTENSIONE DELLA DURATA DEL CONTRATTO (OVE PREVISTO DAL PRODOTTO)** per un periodo pari al periodo di sospensione, durante il quale saranno versati i premi delle rate arretrate. (L'opzione è attivabile a condizione che l'età dell'Assicurato a scadenza non superi i 75 anni e comunque in base alle condizioni previste dal Set Informativo).

Per effetto della riattivazione del piano di pagamento dei premi, il contratto assicurativo risulterà ripristinato in tutte le condizioni precedenti allo storno/alla messa in riduzione, ivi incluse le scadenze relative ai premi dovuti. Restano ferme le opzioni contrattuali sottoscritte all'atto della stipula, evidenziate nel Fascicolo Informativo/Set Informativo ricevuto in fase di sottoscrizione, e nel documento di polizza, ed eventuali successive modifiche richieste ed eseguite da FWU Life Insurance S.A.

Inoltre **DICHIARA** che i futuri pagamenti avverranno a mezzo:

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

E **DICHIARA** che il pagamento dei premi è effettuato:

dal/dalla contraente stesso/a  da un/a terzo/a Pagatore/trice (compilare la sezione sottostante)

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

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

Importo del premio frazionato in euro

Tipo pagamento

**Pagamento ricorrente**

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 CONTRAENTE

Il/la sottoscritto/a Contraente, consapevole della responsabilità penale derivante da affermazioni mendaci 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Luogo	Firma del/della Contraente

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

Il/la Contraente e il/la terzo/a pagatore/trice (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.

Sottoscrizioni

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Luogo	Firma del/della Contraente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	Luogo	Firma del/della Pagatore/trice
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice e nome 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 d'identità in corso di validità (fronte e retro) e codice fiscale del/della contraente e del/della terzo/a pagatore/trice (ove presente)
- Copia del pagamento effettuato con bonifico bancario

In caso di contraente persona giuridica:

- Visura camerale aggiornata (non più vecchia di 3 mesi)
- Copia del documento di identità e del codice fiscale del/della Delegato/a / Legale Rappresentante e del/della titolare effettivo/a (fronte e retro)