

# Modulo di designazione Beneficiari

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
Cittadinanza	E-mail		
	<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.
<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

## DESIGNA I SEGUENTI BENEFICIARI

<input type="checkbox"/> Beneficiari in caso di vita (ove previsto dal prodotto):	<input type="checkbox"/> Contraente	<input type="checkbox"/> Assicurato/a	<input type="checkbox"/> Altri	specificare i dati nei riquadri riportati sul retro del presente modulo*)
e/o				
<input type="checkbox"/> Beneficiari in caso di morte:	<input type="checkbox"/> Eredi testamentari, in mancanza	<input type="checkbox"/> Eredi legittimi dell'Assicurato/a	<input type="checkbox"/> Altri	specificare i dati nei riquadri riportati sul retro del presente modulo*)

<b>Il/la contraente dichiara</b> (Opzionale)	Per esigenze di riservatezza, intendo identificare come referente terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:			
	Nome e Cognome		Numero di telefono privato	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato di nascita
<b>1*</b>	Nome e Cognome			
	Codice fiscale		/ Partita IVA	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato di nascita
Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza / dell'evento.	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
	Relazione con il/la Contraente			Percentuale
	E-mail			
<b>2*</b>	Nome e Cognome			
	Codice fiscale		/ Partita IVA	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato di nascita
Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza / dell'evento.	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
	Relazione con il/la Contraente			Percentuale
	E-mail			
<b>3*</b>	Nome e Cognome			
	Codice fiscale		/ Partita IVA	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato di nascita
Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza / dell'evento.	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
	Relazione con il/la Contraente			Percentuale
	E-mail			
<b>4*</b>	Nome e Cognome			
	Codice fiscale		/ Partita IVA	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Stato di nascita
Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza / dell'evento.	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
	Relazione con il/la Contraente			Percentuale
	E-mail			

## DATA E FIRMA DEL/DELLA CONTRAENTE

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) N. 679/2016

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   
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 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