

Modulo di designazione Beneficiari

Il sottoscritto contraente (Nome e Cognome / Ragione Sociale) _____
della polizza n. _____ Codice fiscale/P.IVA _____
Professione/classe di attività _____ Settore attività _____
Solo per persona giuridica:
Dati del Delegato/Legale Rappresentante: Nome e Cognome _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA CHE I DATI ANAGRAFICI AGGIORNATI SONO

Indirizzo di residenza/sede legale

indirizzo e n° civico _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____ Stato _____

Indirizzo di contatto (indicare solo se diverso da residenza/sede legale)

indirizzo e n° civico _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____ Stato _____

Recapiti: Telefono _____ E-mail _____

Cittadinanza: Italiana Altro, indicare _____

Territorialità Fiscale: Italia USA e/o _____

Se territorialità fiscale estera specificare NIF/ TIN _____

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.

No Sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione : _____

Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti o conosce soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami?

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. Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto 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, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione : _____

Attualmente lavora o collabora a stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti?

Condizione di stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti: persone che notoriamente controllano uno strumento o una persona giuridica con cariche pubbliche importanti, o che collaborano a stretto contatto con suddette persone.

No Sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione : _____

DESIGNA I SEGUENTI BENEFICIARI

Beneficiari in caso di vita (ove previsto dal prodotto):

- Contraente
- Assicurato
- Altri (specificare i dati nei riquadri riportati sul retro del presente modulo*)

e/o

Beneficiari in caso di morte:

- Eredi testamentari, in mancanza Eredi legittimi dell'Assicurato
- Altri (specificare i dati nei riquadri riportati sul retro del presente modulo *)

Il contraente dichiara (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 _____ Telefono _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____

1*	Nome e Cognome _____ Codice Fiscale/P.IVA _____ Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____ Sesso _____ Relazione con il Contraente _____ Percentuale _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima della scadenza della polizza/dell'evento.
2*	Nome e Cognome _____ Codice Fiscale/P.IVA _____ Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____ Sesso _____ Relazione con il Contraente _____ Percentuale _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima della scadenza della polizza/dell'evento.
3*	Nome e Cognome _____ Codice Fiscale/P.IVA _____ Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____ Sesso _____ Relazione con il Contraente _____ Percentuale _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima della scadenza della polizza/dell'evento.
4*	Nome e Cognome _____ Codice Fiscale/P.IVA _____ Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____ Sesso _____ Relazione con il Contraente _____ Percentuale _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al Beneficiario prima della scadenza della polizza/dell'evento.

Data e firma del Sottoscrittore


Il sottoscritto 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.

Luogo e data _____  Firma del Contraente _____

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale EU n. 679/2016

Il Contraente dichiara di aver ricevuto da FWU Life Insurance Lux S.A. l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali in base ai termini e alle condizioni previsti dalla normativa vigente. L'informativa è altresì disponibile sul sito della Compagnia nella sezione prodotti / centro informativo.

Inoltre, il sottoscritto 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.

Luogo e data _____  Firma del Contraente _____
 Codice e nome Intermediario _____ Firma intermediario _____

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

- Copia del documento di identità e del codice fiscale del 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 Delegato/Legale Rappresentante e del titolare effettivo