

## 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 \_\_\_\_\_

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