

Modulo di Switch

Hai diritto di cambiare in qualsiasi momento nel corso della Durata del Tuo Contratto, la scelta e la distribuzione dell'investimento nei Fondi Esterni. Per le condizioni di Switch si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del Set Informativo.

Polizza Numero	Proposta Numero
----------------	-----------------

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome, Nome / Ragione Sociale	Sig.	Sig.ra	Soc.	Cognome / Ragione Sociale	Nome	
Data e luogo di nascita	Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato di nascita
Codice fiscale	Codice fiscale			Partita IVA		
Professione/classe di attività	Professione / classe di attività			Settore attività		
SE PERSONA GIURIDICA: Nome e Cognome del legale rappresentante	Sig.	Sig.ra	Cognome del legale rappresentante		Nome del legale rappresentante	
Data e luogo di nascita	Data di nascita		Luogo di nascita		Provincia	Stato di nascita
Codice fiscale	Codice fiscale			Partita IVA		
Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di	Numero di registrazione della Imprese			Luogo di registrazione della Imprese		

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara, che i dati anagrafici aggiornati sono i seguenti:

Indirizzo di residenza / Sede legale	Indirizzo			Numero civico
	CAP	Città	Provincia	Stato
Indirizzo di corrispondenza <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	Altro	
Domicilio fiscale	<input type="checkbox"/> Italia	<input type="checkbox"/> USA	e/o	Specificare la Nazione di cui il Contraente è contribuente fiscale
				Identificativo fiscale (TIN/NIF)

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.

Sì No
Se sì, descriva la tipologia di carica e specifichi la data di inizio e l'eventuale data di cessazione dello stesso

Ci sono familiari a lei vicini 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.

Sì No
Se sì, 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 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.

Sì No
Se sì, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio e l'eventuale data di cessazione dello stesso

DICHIARA CHE

Valutazione dell'Adeguatezza Ha richiesto una nuova valutazione dell'adeguatezza che si allega al presente modulo.
 Non intende richiedere una nuova valutazione dell'adeguatezza.

RICHIESTE IL SEGUENTE SWITCH TRA FONDI

Scelta dei Fondi	DA	VALORE (€)	A
	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
	Nome del fondo da cui trasferire il valore	Importo che desideri trasferire	Nome del fondo a cui trasferire il valore
	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
	Nome del fondo da cui trasferire il valore	Importo che desideri trasferire	Nome del fondo a cui trasferire il valore
	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
	Nome del fondo da cui trasferire il valore	Importo che desideri trasferire	Nome del fondo a cui trasferire il valore
	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
	Nome del fondo da cui trasferire il valore	Importo che desideri trasferire	Nome del fondo a cui trasferire il valore
	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
	Nome del fondo da cui trasferire il valore	Importo che desideri trasferire	Nome del fondo a cui trasferire il valore

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.

Sottoscrizione del Contraente
 Data Luogo Firma del Contraente (o Legale Rappresentante)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Il Contraente e l'Esecutore (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 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.

Sottoscrizione del Contraente
 Data Luogo Firma del Contraente (o Legale Rappresentante)

Si prega di inviare il modulo via pec a fwulife@legalmail.it o con Raccomandata A/R a FWU Life Insurance Lux S.A. - Casella Postale 82 - 27036 Mortara (PV) allegando:

- copia del documento di identità e del codice fiscale del contraente (fronte e retro)
- In caso di contraente persona giuridica, allegare visura camerale (non più vecchia di 3 mesi) e documento d'identità del legale rappresentante e del titolare effettivo (se diverso dal legale rappresentante)

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria.