

Modulo di versamento premio aggiuntivo

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	
Solo per persona giuridica: 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 <input type="text"/>			Identificativo fiscale (TIN/NIF)
	Specificare la Nazione			

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?	<p>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.</p>
<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?	<p>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.</p>
<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?	<p>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.</p>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Se sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione

CHIEDE DI

Effettuare un versamento di premio aggiuntivo a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a FWU Life Insurance Lux S.A.	<input type="text"/> di importo pari ad euro	IBAN: IT 55 B 03069 01631 100000013083 Causale: specificare il numero della polizza
	Prende atto che nel caso di pagamenti effettuati con modalità diverse da quella sopra indicata, la Società intenderà il pagamento come non effettuato. Tutti i pagamenti devono essere indirizzati a favore di conti intestati alla Società. Agli Intermediari è fatto divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento dei premi o a qualsiasi altro titolo.	

DICHIARA

Il versamento è effettuato da: dal/dalla contraente stesso/a da un/a terzo/a pagatore/trice

Obiettivo dell'investimento aggiuntivo: investimento/risparmio pensione integrativa protezione assicurativa/rendita

Il premio versato proviene da: Reddito Risparmio Eredità Altro

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

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

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

Data

Luogo



Firma del/della Contraente

Data

Luogo



Firma del/della Pagatore/trice

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO/A

Io sottoscritto/a Intermediario/a autorizzato/a dichiaro sotto la mia responsabilità:

- Che le dichiarazioni previste nel presente modulo di versamento premio aggiuntivo sono state sottoscritte rispettivamente dall'Investitore-Contraente e dal/dalla pagatore/trice, che si sono presentati di fronte a me e dei quali ho personalmente verificato l'identità;
- Di aver ricevuto dall'Investitore-Contraente / Pagatore/trice / Rappresentante Legale in pagamento del versamento aggiuntivo copia allegata del versamento a mezzo bonifico bancario.

Sottoscrizioni

Data

Luogo



Firma dell'Intermediario/a

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

- 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 bonifico

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
- 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