

Modulo aggiornamento dati anagrafici e modifiche contrattuali

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 _____

Il 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.

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

FWU Life

Ci sono familiari vicini al 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.

No **Sì**, Se sì, il 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 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

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

CHIEDE DI (selezionare una o più tipologia/e di variazione e apporre la firma del contraente per ciascuna modifica selezionata):

- MODIFICARE IL FRAZIONAMENTO** dei pagamenti alla prima data utile, in:
- Annuali
 - Semestrali
 - Trimestrali
 - Mensili

Firma del contraente _____

- DISATTIVARE L'OPZIONE DI INCREMENTO AUTOMATICO** del premio:
- Soltanto per il successivo anno di polizza (Dissenso opzione incremento automatico)
 - Per tutta la durata residua del contratto (Annullamento opzione incremento automatico)

Firma del contraente _____

- RIDURRE L'IMPORTO DI PREMIO ANNUO** alla prima data utile da EURO _____, a EURO _____ da pagarsi con il frazionamento prescelto.

Firma del contraente _____

FWU Life

- METTERE IN RIDUZIONE O SOSPENDERE IL CONTRATTO** sospendendo i pagamenti (purché siano state già corrisposte almeno 2 annualità di premio, siano trascorsi almeno 24 mesi dalla data di decorrenza e il valore della polizza sia pari ad almeno 1.250,00 euro)

Firma del contraente _____

- AUMENTARE L'IMPORTO DEL PREMIO RICORRENTE (ove previsto dal prodotto):**
da EURO (premio annuo attuale) _____,___ a EURO (premio annuo nuovo) _____,___
a partire dalla prossima data di ricorrenza annuale purchè la richiesta sia pervenuta almeno 30 gg prima alla Compagnia. L'opzione di incremento automatico del premio, scelta in fase di sottoscrizione, rimarrà invariata. Qualora il premio annuo cumulato (considerati tutti i premi annui relativi ad altri contratti stipulati con FWU) sia uguale o superiore a € 3.000,00 si allega apposito modulo "Origine Fondi" sottoscritto e firmato dal pagatore.

Firma del contraente _____

- SOSPENDERE IL PAGAMENTO DELLE RATE DI PREMIO (ove previsto dal prodotto):**
a partire dal (data) ____/____/____ fino al (data) ____/____/____
per un massimo di 6 mesi nel corso della Durata del Contratto a condizione che siano trascorsi i primi 5 Anni di Polizza, o almeno 3 Anni dal momento in cui si è concluso il precedente periodo di sospensione.

Firma del contraente _____

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 e l'Esecutore (se diverse) 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

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:

FWU Life



- copia del documento di identità e del codice fiscale del contraente (fronte e retro)
- Modulo “Origine Fondi” in caso sia stato richiesto l’aumento del premio ricorrente e l’importo del premio annuo cumulato sia uguale o superiore a € 3.000,00

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

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

FWU Life

FWU Life Insurance Lux S.A. · Sede legale · 33, rue de Gasperich · 5826 Hesperange · Granducato di Lussemburgo
Sede Secondaria in Italia · Via Roberto Lepetit 8/10 · 20124 Milano (MI) · Tel. +39.02.6706065 · Fax +39.02.67481426
Numero Verde 800.816816 · info@fwulife.it · PEC: fwulife@legalmail.it · www.forwardyou.com · Capitale Sociale Euro 39.700.000 i.v.
REA MI 1939828 · Albo Imprese IVASS n. I.00065 · Codice Fiscale 94093500216 · Partita IVA 02517930216 · SEPA CID IT500010000094093500216