

Modulo per Cambio Contraenza

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)

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

CONTRAENTE CESSIONARIO/A (NUOVO/A CONTRAENTE)

Il/la Contraente dichiara di cedere la proprietà del contratto con tutti i diritti e gli obblighi relativi, a favore del/della contraente cessionario/a di seguito identificato/a.

Obiettivo dell'investimento aggiuntivo:

Persona Fisica (compilare l'apposita sezione)

Persona Giuridica (compilare l'apposita sezione con i dati della Società Contraente e la sezione "Persona Fisica" con i dati del Legale Rappresentante o del delegato con poteri di firma)

CONTRAENTE CESSIONARIO/A - PERSONA FISICA (O LEGALE RAPPRESENTANTE)

Dati della persona fisica (o legale rappresentante)	Nome e Cognome				
	Codice fiscale				
	Indirizzo			Numero civico	
	CAP	Città	Provincia	Stato	
	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di nascita	Stato di nascita	
	Sesso F/M:		Nazionalità:	<input type="checkbox"/> Italiana o <input type="checkbox"/> Altro	
	Professione	Professione			Settore economico
		Indirizzo di recapito/sede legale			Numero civico
		CAP	Città	Provincia	Stato
		Recapiti			
Numero di telefono privato		Numero di telefono di lavoro	Cellulare		
E-mail					
Territorialità fiscale	<input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> USA e/o	Specificare la Nazione		Identificativo fiscale (TIN/NIF)	
Documento di riconoscimento del nuovo contraente	<input type="checkbox"/> Carta d'Identità <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Passaporto				
	Numero documento		Data Emissione	Data Scadenza	
	Autorità Emittente		Luogo di Emissione		

CONTRAENTE CESSIONARIO/A - INDIVIDUAZIONE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Il/la Contraente Cessionario/a 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/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 al/alla Contraente Cessionario 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/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 Cessionario 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

Se sì, specificare tipo lavoro e data inizio e eventuale data di cessazione

Informazioni sulla professione e sul settore professionale

Il/la Contraente Cessionario è un amministratore o un soggetto che maneggia ingenti quantità di denaro contante o un soggetto che ha potere decisionale e opera nei seguenti settori: edilizia, farmaceutica, sanitario, commercio di armi, industria estrattiva, appalti pubblici, servizi monetari o finanziari, servizi di gioco, commercio dei metalli preziosi.

No Sì

Il/la Contraente Cessionario è il titolare effettivo del rapporto?

È necessario allegare il modulo per l'identificazione del/della titolare effettivo/a.

No Sì

CONTRAENTE CESSIONARIO/A - PERSONA GIURIDICA

*Da compilare solo se Persona Giuridica

Ragione Sociale			
Codice fiscale		Partita IVA	
Professione		Settore economico	
Indirizzo sede legale			Numero civico
CAP	Città	Provincia	Stato
Numero di telefono		E-mail	

IL/LA CONTRAENTE CESSIONARIO/A (NUOVO/A CONTRAENTE) DICHIARA

Il/la Contraente Cessionario (nuovo contraente) dichiara di accettare la contraenza e voler designare i seguenti beneficiari e il seguente soggetto pagatore.

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

<input type="checkbox"/>	Contraente Cessionario/a	<input type="checkbox"/>	Assicurato/a	<input type="checkbox"/>	Altri (specificare i dati nel riquadro seguente)
Nome e Cognome					
Codice fiscale / P.IVA				Data di nascita	
Luogo di nascita		Provincia di nascita	Stato di nascita	Sesso F/M	
Relazione con il/la Contraente					
Percentuale		E-mail			
<input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza/dell'evento.					

Beneficiari in caso di morte:

<input type="checkbox"/>	Eredi testamentari, in mancanza eredi legittimi dell'Assicurato/a	<input type="checkbox"/>	Altri (specificare i dati nel riquadro seguente)
Nome e Cognome			
Codice fiscale / P.IVA			Data di nascita
Luogo di nascita		Provincia di nascita	Stato di nascita
Relazione con il/la Contraente			
Percentuale		E-mail	
<input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza/dell'evento.			

Referente terzo

Per esigenze di riservatezza, il/la contraente intende identificare come referente terzo/a (diverso dal beneficiario) a cui FWU potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato/a il Sig. /la Sig.ra:

Nome e Cognome			
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia di nascita
Stato di nascita		E-mail	
<input type="checkbox"/> Richiedo di non inviare comunicazioni al/alla Beneficiario/a prima della scadenza della polizza/dell'evento.			

PAGAMENTO

Il/la Contraente Cessionario (nuovo contraente) dichiara che il pagamento dei premi è effettuato:

<input type="checkbox"/>	dal/dalla contraente stesso/a	<input type="checkbox"/>	da un/a terzo/a Pagatore/trice
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Il/la Pagatore/trice sceglie il seguente Metodo di pagamento:

<input type="checkbox"/>	SEPA DD (compilare l'Autorizzazione al pagamento tramite SDD*)
<input type="checkbox"/>	Bonifico favore di FWU Life Insurance Lux S.A. (IBAN IT55 B030 6901 6311 0000 0013 083)

Il/la Pagatore/trice dichiara l'origine dei fondi:

<input type="checkbox"/>	Reddito	<input type="checkbox"/>	Risparmio	<input type="checkbox"/>	Eredità	<input type="checkbox"/>	Altro
--------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	-------

IDENTIFICAZIONE 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	

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE ADEBITO DIRETTO SEPA

Codice identificativo del/della creditore/trice Creditore/trice

IT500010000094093500216

Identificativo del mandato:

numero di polizza

FWU Life Insurance Lux S.A.
Via Roberto Lepetit 8/10
20124 Milano (MI)

Sottoscrivendo il presente mandato lei autorizza FWU Life Insurance Lux S.A. ad inoltrare istruzioni alla sua banca affinché il suo conto corrente venga addebitato come da istruzioni impartite. Potrà eventualmente richiedere la restituzione degli importi addebitati come previsto dalla normativa SEPA DD. La richiesta di rimborso deve essere presentata entro otto (8) settimane dalla data di registrazione di un addebito autorizzato.

Banca	BIC
IBAN	

Intestato a

Contraente Terzo/a Pagatore/trice (sopra identificato/a)

Importo del premio frazionato in euro

Tipo pagamento

Pagamento ricorrente

Si conviene che l'anticipo per la pre-notifica verrà adeguato ai tempi minimi di comunicazione previsti dai processi informatici interbancari. Io, il/la Pagatore/trice sopra identificato/a, consento all'attivazione dell'addebito diretto SEPA.

Sottoscrizione del/della Pagatore/trice

Data	Luogo	Firma dell'Intestatario/a del conto
------	-------	-------------------------------------

DICHIARAZIONI FINALI

Il/la Contraente Cessionario dichiara di aver ricevuto dal/dalla Contraente Cedente tutta la documentazione informativa pre-contrattuale e contrattuale relativa alla polizza in oggetto e dichiara di essere consapevole che il soggetto assicurato della polizza in oggetto è:

Cognome e Nome Assicurato/a

Codice Fiscale Assicurato/a

Relazione del/della Contrente Cessionario e l'Assicurato/a

Relazione del/della Contrente Cessionario e il/la Contraente Cedente

- Il/la Contraente Cessionario dichiara inoltre di essere a conoscenza che la figura dell'Assicurato/a non potrà essere mai modificata durante l'intero corso della durata contrattuale.
- Il/la Contraente Cessionario e il/la pagatore/trice (se diverso) dichiarano che sono a conoscenza che FWU Life Insurance Lux S.A. non può accettare pagamenti per contanti.
- Il/la Contraente Cedente, il/la Contraente Cessionario, il/la pagatore/trice (se diverso) e l'Assicurato/a, consapevoli della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiarano che i dati identificativi riprodotti negli appositi campi della presente scheda corrispondono al vero ed altresì dichiarano di aver fornito ogni informazione di cui sono a conoscenza relativamente all'eventuale titolare effettivo del rapporto.

Sottoscrizioni

Data	Luogo	Firma del/della Contraente Cessionario (nuovo contraente)
Data	Luogo	Firma del/della Contraente Cedente (contraente originale)
Data	Luogo	Firma dell'Assicurato/a
Data	Luogo	Firma del/della Pagatore/trice (se diverso dal/dalla Contraente Cessionario)

DICHIARAZIONE DELLA PROVENIENZA NON CRIMINOSA DEI FONDI E DELLA CONFORMITÀ FISCALE DEGLI STESSI

Con la sottoscrizione del presente modulo, il/la Contraente Cessionario dichiara che i fondi, di volta in volta, versati a FWU come premio assicurativo non provengono e non proverranno in futuro da un'attività criminosa o da una partecipazione in tale attività. Con la firma del presente modulo, il/la sottoscritto/a Contraente Cessionario dichiara che egli è il titolare effettivo per conto del quale agisce (se del caso) hanno rispettato, rispettano e rispetteranno in ogni momento gli obblighi fiscali ad essi applicabili. Il/la Contraente Cessionario si impegna inoltre a fornire a FWU tutte le informazioni, spiegazioni e documenti che FWU dovesse ritenere necessari o utili per ottenere sufficienti garanzie sul rispetto degli obblighi fiscali da parte dello stesso, del/della beneficiario/a o dei titolari effettivi per conto dei quali il/la Contraente Cessionario agisce (se del caso).

Negli ultimi due anni, Lei e/o il/la titolare effettivo/a per conto del quale sta agendo (se del caso) avete cambiato la vostra residenza fiscale?

No Sì

Se sì, specificare i motivi del cambiamento di residenza fiscale

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Il/la Contraente Cessionario e il terzo pagatore (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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Data	Luogo	Firma del/della Contraente Cessionario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Data	Luogo	Firma del/della Pagatore/trice (se diverso dal Contraente Cessionario)

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO/A

Io sottoscritto/a Intermediario/a autorizzato/a

dell'Agenzia

dichiara sotto propria responsabilità di aver personalmente rilevato i dati sopra esposti e allega alla presente richiesta:

- Copia del documento d'identità e del codice fiscale del/della Contraente Cessionario (nuovo contraente)
- Copia del documento d'identità e codice fiscale del/della Contraente Cedente (vecchio contraente)
- Questionario per la Valutazione dell'Adeguatezza del Contratto compilato dal/dalla Contraente Cessionario (nuovo contraente)
- In presenza di titolare effettivo, il modulo compilato e firmato del titolare effettivo
- In presenza di Persona Giuridica (Cedente o Cessionario), copia della Visura camerale aggiornata non più vecchia di 3 mesi
- In presenza di Persona Giuridica (Cedente o Cessionario) copia del documento d'identità e del codice fiscale del Legale rappresentante firmatario
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale del soggetto pagatore (se diverso dal/dalla Contraente Cessionario)
- In caso di premio annuo di polizza o cumulo premi annui di più polizze pari o superiore a € 3.000,00, il modulo "Origine dei fondi".

Sottoscrizioni

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Data	Luogo	Firma dell'Intermediario/a