

# Autocertificazione residenza fiscale

Proposta Numero	Agenzia	Codice agenzia	Codice intermediario/a
-----------------	---------	----------------	------------------------

Il/la sottoscritto/a Contraente della polizza

Nome e Cognome

Polizza Numero

Ai sensi della normativa vigente, attesto di essere contribuente in uno stato estero, quindi di avere residenza fiscale estera\* e comunico che a far data dal \_\_\_\_\_ la stessa è la seguente:

Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Stato estero \_\_\_\_\_ Codice fiscale personale NIF/TIN (o equivalente) dello Stato estero \_\_\_\_\_

Vi chiedo altresì:

di modificare il mio indirizzo di residenza e di recapito postale come sopra

di modificare il mio indirizzo di residenza come sopra

di modificare il mio indirizzo di recapito postale come sopra

di NON modificare né il mio indirizzo di residenza, né di recapito postale

### DATA E FIRMA DEL/DELLA CONTRAENTE

Il/la sottoscritto/a 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

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma del/della Contraente \_\_\_\_\_

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

Il Contraente 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

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma del/della Contraente \_\_\_\_\_

Codice e nome dell'Intermediario/a \_\_\_\_\_ Firma dell'Intermediario/a \_\_\_\_\_

**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/della contraente (fronte e retro)