

Modulo per la richiesta di liquidazione in caso di Sinistro

Il Beneficiario della prestazione può richiedere la liquidazione in caso di decesso dell'assicurato con il presente modulo corredato della documentazione da allegare, mediante raccomandata AR ai nostri uffici: FWU Life Insurance Lux S.A. Via Roberto Lepetit 8/10 · I-20124 Milano. E' necessario fornire alla Compagnia i dati contenuti nel presente modulo per ogni beneficiario designato nel contratto. Per le condizioni in caso di sinistro si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del fascicolo di polizza (si veda anche la sezione PRODOTTI del sito www.fwulife.it).

Numero di polizza _____

Contraente (Nome e Cognome/Ragione Sociale) _____

Il sottoscritto, Beneficiario della suddetta polizza, Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___

Luogo e Stato di nascita _____ Sesso F/M _____

Recapiti: Telefono _____ Email _____

chiede

la liquidazione per sinistro dell'assicurato Nome e Cognome _____,
per la propria quota parte, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

A tal proposito fornisce: **DATI DEL BENEFICIARIO**

Indirizzo di Residenza (via, numero) _____ CAP _____

Luogo di residenza _____ Provincia _____ Stato _____

Nazionalità Italiana Altro, indicare _____

Professione o classe di attività _____

Territorialità Fiscale di appartenenza Italia USA e/o _____

se la territorialità fiscale è estera, Indicare il NIF/ TIN _____

Relazione con il Contraente (se diverso) _____

Documento di riconoscimento

Tipo Carta d'Identità Patente Passaporto

Numero documento _____ Data Emissione ___/___/___ Data Scadenza ___/___/___

Autorità Emittente _____ Luogo di Emissione _____

Individuazione Persone Politicamente Esposte

- Ha o ha avuto cariche pubbliche importanti in Italia o in qualsiasi altra nazione?

Cariche pubbliche importanti: Capo di Stato, Capo di Governo, Ministro, Vice ministro, Segretario di Stato o Sottosegretario di Stato, Membro del Parlamento, Membro della Corte Suprema o della Corte Costituzionale o di altri enti, le cui decisioni non siano soggette a ricorso o appello, Membro della Corte dei Conti o di Consigli di Amministrazione delle banche centrali, Ambasciatore, Incaricato d'Affari e Ufficiale di alto livello delle Forze Armate, Membri degli organi di amministrazione, direzione e vigilanza delle imprese possedute dallo Stato

Si No Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

- Ci sono familiari a lei vicini con cariche pubbliche importanti?

Familiari: Coniugi o persone con cui ha una relazione sentimentale stabile, genitori o figli o coniugi dei figli.

Si No Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

- Attualmente lavora o collabora a stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti?

Condizione di stretto contatto con persone con cariche pubbliche importanti: persone che notoriamente controllano uno strumento o una persona giuridica con cariche pubbliche importanti, o che collaborano a stretto contatto con suddette persone

Si No Se Si, descriva la tipologia di lavoro e specifichi la data di inizio _____

Data e firma del Sottoscrittore

Il sottoscritto Beneficiario/Esecutore, 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 Beneficiario/Esecutore _____

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Il Beneficiario, l'Esecutore e l'Assicurato (se persone diverse) dichiarano di aver ricevuto dalla Compagnia l'informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione alla quale acconsentono espressamente, ai sensi del citato decreto legislativo, al trattamento ed alla comunicazione dei loro dati personali ai termini ed alle condizioni previsti dalla vigente normativa.

Luogo e data _____ Firma del Beneficiario/Esecutore _____

Se il contratto è Vincolato

Vincolatario _____ Firma del Vincolatario _____

Allegati:

- Certificato di morte dell'Assicurato in originale
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio in Originale (vidimata dal competente ufficio comunale), indicante le generalità di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato con la precisazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi legittimi oltre a quelli riportati. Inoltre, in tale certificato deve essere precisato se il Contraente abbia lasciato o meno testamento e se il testamento stesso, di cui deve essere rimessa copia autentica, è l'unico od ultimo conosciuto, valido e non impugnato;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso (solo in caso di decesso presso la propria abitazione nel corso dei primi 3 anni di Polizza);
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio, infortunio), copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota relativa al primo ricovero occorso per la patologia che ha causato il decesso (solo in caso di decesso in ospedale o in casa di cura nel corso dei primi 3 anni di Polizza);
- se fra gli aventi diritto vi sono minori o incapaci, Originale del Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori o agli incapaci, indicando anche le modalità del reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo;
- copia del documento di riconoscimento e codice fiscale dei Beneficiari/aventi diritto;
- modulo di richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun beneficiario/avente diritto; oppure:
 - o domanda di liquidazione sottoscritta da ciascun beneficiario, con indicazione delle coordinate bancarie (intestazione e IBAN) di cui devono essere intestatari.
 - o Dichiarazione per persone fisiche per individuazione delle persone politicamente esposte
 - o Dichiarazione di residenza fiscale estera e relativo codice NIF o TIN (nel caso di cittadinanza statunitense)
 - o Dichiarazione della relazione tra il beneficiario e il contraente

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

La Compagnia potrà eseguire il pagamento dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta corredata da tutta la documentazione ritenuta necessaria; le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.