

Modulo per la richiesta di Riscatto Parziale

Il contraente può richiedere il riscatto parziale del contratto a condizione che il valore della polizza residuo sia pari ad almeno 1.250 euro e che siano state versate almeno due annualità di premio inoltrando il presente modulo, corredato della documentazione da allegare, mediante raccomandata AR almeno 30 giorni prima della data in cui il contraente intende esercitare il riscatto. Il riscatto parziale non implica la cessazione del contratto che rimane in vigore per il valore della polizza residuo. Per le condizioni di riscatto si rinvia all'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione facenti parte del fascicolo di polizza (si veda anche la sezione PRODOTTI del sito www.fwulife.it)

Il sottoscritto _____ contraente della polizza n. _____,

Recapiti: Telefono _____ Email _____

chiede

il riscatto parziale della suddetta polizza per il valore di euro _____ alle condizioni previste dall'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione; a tal fine, dichiara che l'Assicurato (Nome e Cognome) _____ è ancora in vita e allega alla presente copia del documento d'identità del medesimo, il quale sottoscrive a sua volta la presente richiesta per accettazione.

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

Data di nascita ___/___/___ Luogo e Stato di nascita _____

Sesso F/M _____ codice fiscale/ P.IVA _____

Indirizzo di Residenza (via, numero) _____ CAP _____

Luogo _____ 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 _____

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

Sì No Se Sì, 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.

Sì No Se Sì, 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

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

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 D.Lgs. 196/2003

Il Contraente, 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 contraente _____



Se il Contraente è diverso dall'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato _____ Firma dell'Assicurato _____

Se il contratto è Vincolato:

Vincolatario Pignoratorio _____ Firma del Vincolatario _____

Allegati:

- copia del documento di identità e del codice fiscale del contraente (fronte e retro)
- In caso di contraente persona giuridica , allegare visura camerale (non più vecchia di 3 mesi) e documento d'identità del legale rappresentante
- In caso di contraente diverso dall'assicurato, copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato
- In caso di Residenza Fiscale diversa dall'Italia, modulistica attestante la propria Residenza Fiscale in conformità alla normativa F.A.T.C.A. e C.R.S.
- In caso di Beneficiari minorenni / persona incapace di agire: copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la riscossione degli importi ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine all'impiego delle somme liquidate; Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale dell'esecutore; documentazione attestante la facoltà di agire per conto del Beneficiario (es. procura autenticata)

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