

MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 05/12/2022

Fideuram Vita Insieme Private

ASSICURAZIONE SULLA VITA
NELLA FORMA "VITA INTERA"
DI TIPO UNIT LINKED

Prima della sottoscrizione della presente proposta vi è l'obbligo di consegnare al Contraente il Documento contenente le informazioni chiave (GKID), i Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) delle opzioni di investimento prescelte, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP) e le Condizioni di assicurazione comprensive degli Allegati.

Il contratto non è in coassicurazione.

Fideuram Vita S.p.A. Sede Legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma fideuramvita@pec.fideuramvita.it Capitale Sociale Euro 357.446.836 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Roma 10830461009 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00175 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**

Fideuram Vita Insieme Private

ASSICURAZIONE SULLA VITA NELLA FORMA VITA INTERA DI TIPO UNIT LINKED

RV

Luogo _____

Data

giorno	mese	anno
--------	------	------

Il sottoscritto Contraente, le cui generalità sono riportate di seguito, propone alla Fideuram Vita S.p.A. la presente assicurazione sulla vita alle condizioni riportate nelle Condizioni di assicurazione, Mod. RVCN17 - 935 - Ed. 03/2022 comprensive degli Allegati e nel relativo Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP).

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE _____
COGNOME O DENOMINAZIONE _____
NOME _____
INDIRIZZO E-MAIL _____

INDIRIZZO DI CONTRATTO

(da compilare solo in caso si desideri che la corrispondenza relativa al presente contratto venga inviata al seguente indirizzo, diverso da quello che il **CONTRAENTE** ha già fornito come residenza)

INDIRIZZO _____
LOCALITÀ _____
NAZIONE (se estera) _____
CAP _____ PROVINCIA _____

(da compilare nel caso si desideri che la corrispondenza venga inviata al **CONTRAENTE** ma **PRESSO** il nominativo di seguito riportato, restando esclusa la possibilità di domiciliazione della corrispondenza presso il private banker)

NOMINATIVO O DENOMINAZIONE _____

RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE

(compilare obbligatoriamente in caso di **CONTRAENTE** persona giuridica o incapace di agire)

CODICE FISCALE _____
COGNOME _____
NOME _____

GENERALITÀ DELL'ASSICURATO

ASSICURATO (riportare solo la parola **Contraente** nel campo Cognome se coincidente con il Contraente ovvero compilare per intero se l'Assicurato non coincide con il Contraente)

COGNOME _____ NOME _____
Data di nascita _____
SESSO _____ TIPO RELAZIONE (A) _____
COMUNE DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ NAZIONE DI NASCITA (se estera) _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ PROVINCIA _____
LOCALITÀ _____ NAZIONE (se estera) _____

(A) Indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Contraente e l'Assicurato: 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di morte dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati un capitale determinato con le modalità riportate all'Art. I delle Condizioni di assicurazione.

PREMIO

PREMIO UNICO per un totale di € _____, _____

Qualora il versamento avvenga attraverso girofondi l'importo del premio potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 10% (o del 20% in caso di contratti assicurativi).

SERVIZI ACCESSORI

D **Piano di Decumulo Finanziario** Il Contraente chiede l'attivazione ai sensi dell'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione attuato attraverso il disinvestimento delle quote dei fondi associati al contratto in base alla durata del piano

Durata del Piano: 10 anni Importo: _____ % del premio versato alla sottoscrizione (min 1% - max 8%)

Frequenza della rata: Annuale A Semestrale S Trimestrale T

Accreditato su:

B **Conto corrente presso Fideuram S.p.A.**

IT _____ 0329601601 _____
COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

_____ (codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

T **Conto corrente presso altra Banca intestato al Contraente**

IT _____ 0 _____
COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

_____ (codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

_____ NOME BANCA

R **Riallocazione Automatica**

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione come riportato all'Art. 5 delle Condizioni di assicurazione. L'operazione comporta il ribilanciamento semestrale ripartito in percentuale tra tutti i Fondi indicati nelle successive sezioni FONDI INTERNI e FONDI ESTERNI.

Linea di investimento: **P R**

Selezionare al massimo 40 FONDI INTERNI e/o FONDI ESTERNI. In ogni Fondo esterno non può essere destinato meno di € 500. L'investimento in ETF comporta l'applicazione di un costo di negoziazione come indicato nelle Condizioni di assicurazione e nel DIP aggiuntivo IBIP.

FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1		, %
2		, %
3		, %
4		, %
5		, %
6		, %
7		, %
8		, %
9		, %
10		, %
Totale Fondi interni:		, %

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
31			, %
32			, %
33			, %
34			, %
35			, %
36			, %
37			, %
38			, %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
39			, %
40			, %
Totale Fondi esterni:			, %
Totale complessivo:			1 0 0 , 0 0 %

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

(barrare l'opzione scelta)

E gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi, dell'Assicurato, in parti uguali
S altri, indicare il numero dei Beneficiari (massimo 7)

F il coniuge dell'Assicurato, al verificarsi dell'evento; in difetto i figli dell'Assicurato, nati e nati in parti uguali

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati relativi ai Beneficiari designati, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi

Le eventuali modifiche e/o revocche dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto all'Impresa o disposte per testamento; pena l'inefficacia della designazione, la dichiarazione del Contraente deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

(B) Indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario e il Contraente: 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.
 (C) Se l'Assicurato non coincide con il Contraente indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario e l'Assicurato: 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

Beneficiario n. 1 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE			NOME			
SESSO	TIPO RELAZIONE (B)	TIPO RELAZIONE (C)	Data di nascita	giorno	mese	anno
CODICE FISCALE			COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO			NAZIONE DI NASCITA (se estera)			
LOCALITÀ			CAP			PROVINCIA
INDIRIZZO E-MAIL			NAZIONE (se estera)			

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE			NOME			
SESSO	TIPO RELAZIONE (B)	TIPO RELAZIONE (C)	Data di nascita	giorno	mese	anno
CODICE FISCALE			COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO			NAZIONE DI NASCITA (se estera)			
LOCALITÀ			CAP			PROVINCIA
INDIRIZZO E-MAIL			NAZIONE (se estera)			

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE			NOME			
SESSO	TIPO RELAZIONE (B)	TIPO RELAZIONE (C)	Data di nascita	giorno	mese	anno
CODICE FISCALE			COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO			NAZIONE DI NASCITA (se estera)			
LOCALITÀ			CAP			PROVINCIA
INDIRIZZO E-MAIL			NAZIONE (se estera)			

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE			NOME			
SESSO	TIPO RELAZIONE (B)	TIPO RELAZIONE (C)	Data di nascita	giorno	mese	anno
CODICE FISCALE			COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO			NAZIONE DI NASCITA (se estera)			
LOCALITÀ			CAP			PROVINCIA
INDIRIZZO E-MAIL			NAZIONE (se estera)			

Beneficiario n. 5

% DEL CAPITALE [] , []

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP

PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 6

% DEL CAPITALE [] , []

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP

PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 7

% DEL CAPITALE [] , []

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP

PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Referente Terzo cui l'Impresa può fare riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CAP

PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI E ALLEGATI**TRASFORMAZIONE DI POLIZZA DELLA FAMIGLIA FIDEURAM VITA INSIEME**

Codice Contratto di trasformazione

Numero Scheda di trasformazione

Disponibilità trasferita

€ [] . [] . [] , []

N.B. Allegare obbligatoriamente al modulo di proposta il "Documento informativo di confronto per le operazioni di trasformazione" debitamente sottoscritto dal Contraente. Il documento informativo è stato debitamente sottoscritto dal Contraente almeno 7 giorni prima della sottoscrizione del modulo di proposta. L'importo effettivamente trasferito potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 20%.

MODALITÀ DI PAGAMENTO**ASSEgni BANCARI O CIRCOLARI**

Il Contraente allega alla presente proposta di assicurazione:

- assegni bancari emessi dal Contraente all'ordine **Fideuram Vita S.p.A. - NON TRASFERIBILI**;
- assegni circolari girati dal Contraente all'ordine **Fideuram Vita S.p.A. - NON TRASFERIBILI**.

SPECIE DEL TITOLO (*)	CODICE ABI	CAB	NUMERO COMPLETO DELL'ASSEGNO	IMPORTO EURO
0				
0				
0				
A. TOTALE ASSEgni				

(*) AB = Assegno bancario; AC = Assegno circolare

GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM S.p.A. E DA POLIZZE IN SCADENZA DI FIDEURAM VITA S.p.A.

Il Contraente, in quanto Mandante/Contraente avente titolo ad operare sui contratti richiamati nel presente riquadro, richiede le liquidazioni con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo controvalore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione.

(**) In caso di liquidazioni totali, tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della quota/azione. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

CODICE CONTRATTO DA LIQUIDARE	CODICE COMPARTIMENTO	TIPO LIQUIDAZIONE (P = PARZIALE T = TOTALE)	IMPORTO DA LIQUIDARE EURO (**)
B. TOTALE GIROFONDI			

ADDEBITI SUI C/C PRESSO FIDEURAM S.p.A.

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sui conti correnti richiamati nel presente riquadro, autorizza gli addebiti a favore di Fideuram Vita S.p.A. e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione.

IT 0329601601
 COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE
 (codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

C. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO

BONIFICI DA ALTRE BANCHE

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sui conti correnti richiamati nel presente riquadro, autorizza gli addebiti a favore di Fideuram Vita S.p.A. e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione.

IT 0
 COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE
 (codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

D. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO

Nella causale di bonifico a favore di Fideuram Vita S.p.A. specificare "Versamento sul contratto numero _____"

ULTERIORI MEZZI DI PAGAMENTO **TOTALE A + B + C + D**

N. (indicare nella casella il numero delle eventuali distinte supplementari allegate) **TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI**

TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO

DICHIARAZIONI E FIRME DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente:

A) essendo stato avvertito della possibilità di ricevere la documentazione informativa precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o su supporto durevole non cartaceo, sceglie la modalità:

NON CARTACEA (tramite consegna su file in formato PDF) **CARTACEA**

B) dichiara di aver ricevuto per il tramite dell'intermediario, letto attentamente, compreso e quindi accettato in ogni loro parte la vigente versione del Documento contenente le informazioni chiave del prodotto Fideuram Vita Insieme Private (GKID) e i Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) delle opzioni di investimento prescelte, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, Mod. RVCN17 - 935 - Ed. 03/2022, comprensive dei relativi Allegati. Dichiara inoltre di aver preso visione dei Regolamenti degli OICR/Statuto delle SICAV disponibili sul sito internet delle rispettive società emittenti;

C) dichiara e dispone quanto segue:

- dichiara di avere il proprio domicilio in Italia e di non avere la residenza negli Stati Uniti;
- dichiara di essere a conoscenza che la data di conclusione del contratto coincide con l'ultima tra le date di valuta, indicate di seguito, dei mezzi di pagamento utilizzati per la corresponsione del premio e che l'Impresa, dopo la conclusione del contratto, emetterà una Nota di copertura ai sensi dell'art. 1888 del codice civile;

Mezzo di pagamento	Data di Valuta
Assegno bancario o circolare	Terzo giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento del titolo presso Fideuram Vita S.p.A.
Girofondo	Giorno in cui la Società di Gestione del Fondo mette a disposizione di Fideuram Vita S.p.A. l'importo liquidato, ovvero giorno di valuta della liquidazione del contratto assicurativo
Addebito su c/c presso Fideuram S.p.A.	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A.
Bonifico da altri c/c	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A. ovvero, se successiva, quella indicata nella disposizione di bonifico

- dichiara di essere a conoscenza della possibilità di revocare la proposta di assicurazione e di recedere dal contratto ai sensi degli artt. 176 e 177 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 con le modalità e alle condizioni indicate nella documentazione contrattuale e che l'Impresa in caso di recesso tratterà le spese di emissione del contratto pari a € 50 nonché i costi di negoziazione sostenuti in riferimento all'investimento in ETF;
- dispone che in caso di suo decesso la contraenza passi in capo all'Assicurato;
- dichiara di essere a conoscenza che in qualunque momento può richiedere la documentazione contrattuale e le comunicazioni in vigenza di contratto in modalità cartacea senza costi aggiuntivi;
- si impegna a consegnare ai Beneficiari e al Referente Terzo copia dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali che li riguardano ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, contenuta all'interno del set informativo, sollevando Fideuram Vita S.p.A. dalla responsabilità per ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.

D) dichiara inoltre di voler ricevere le comunicazioni in vigenza di contratto, salvo il diritto di modificare tale scelta in corso di contratto, anche su specifica comunicazione, in modalità:

RENDICONTAZIONE ON LINE sull'Area Riservata Clienti di Fideuram Vita. Le comunicazioni in corso di contratto saranno disponibili nell'Area Riservata Clienti del sito internet della Società www.fideuramvita.it. Per i correntisti di Fideuram S.p.A. con servizio Alfabeto Fideuram attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione di Alfabeto Fideuram **CARTACEA**

Il sottoscritto Contraente, inoltre, chiede che, in caso di sua premorienza rispetto all'Assicurato, la contraenza del contratto passi in capo all'Assicurato stesso che contestualmente accetta. Il sottoscritto Assicurato, infine, dichiara di avere il domicilio in Italia.

FIRMA DELL'ASSICURATO
 O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI ASSICURATO INCAPACE DI AGIRE (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE AI SENSI DELL'ART. 1919 C.C.)

FIRMA DEL CONTRAENTE
 O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 7 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 13 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 15 (Il riscatto) delle Condizioni di assicurazione regolanti la presente assicurazione sulla vita.

FIRMA DEL CONTRAENTE
 O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE

SPAZIO RISERVATO AL PRIVATE BANKER

CODICE T.F.A. CODICE PRIVATE BANKER CODICE PRIVATE BANKER SPLIT % SPLIT

Cognome e Nome T.F.A. Cognome e Nome del private banker Cognome e Nome del private banker Split

FIRMA T.F.A. FIRMA DEL PRIVATE BANKER FIRMA DEL PRIVATE BANKER SPLIT

IL PRIVATE BANKER È UN PROFESSIONISTA DELLA CONSULENZA FINANZIARIA, PREVIDENZIALE E ASSICURATIVA ISCRITTO ALL'ALBO UNICO DEI CONSULENTI FINANZIARI.