

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

**ASSICURAZIONE SULLA VITA NELLA FORMA
“VITA INTERA A PREMIO UNICO”**

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione della presente proposta vi è l’obbligo di consegnare al Contraente il Documento informativo precontrattuale per i prodotti d’investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP), le Condizioni di assicurazione e il Documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d’investimento assicurativi (KID).

Il modulo di proposta trasmesso per via telematica contiene le stesse informazioni del modulo cartaceo.

Il contratto non è in coassicurazione.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 01.01.2020

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

Spett.le Fideuram S.p.A.
P.le G. Douhet, 31 - 00143 ROMA

**ASSICURAZIONE SULLA VITA
NELLA FORMA VITA INTERA
A PREMIO UNICO**

R G

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. RG5CN04 - FV1U6 - Ed. 01/2020 e nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP).

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

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 CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

(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

SESSO TIPO RELAZIONE (A)

Data di nascita
giorno mese anno

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

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.

CONDIZIONI FACILITATE

CODICE AZIENDA QUALIFICA CONTRAENTE _____ ALLEGATO (*)

(*) È obbligatorio allegare la dichiarazione di possesso dei requisiti per la sottoscrizione del contratto a condizioni facilitate.

PRESTAZIONI ASSICURATE

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

In caso di morte dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati il capitale iniziale sotto indicato, rivalutato con le modalità riportate nelle Condizioni di assicurazione.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE € . . ,

Nel caso in cui il Contraente è una Persona Giuridica: il Contraente è esercente attività d'impresa? SI NO

PREMIO

PREMIO UNICO per un totale di € . . , 0 0 (comprensivo dei caricamenti)

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

(barrare l'opzione scelta)

E gli eredi testamentari dell'Assicurato, o in mancanza gli eredi legittimi, in parti uguali

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

S altri, indicare il numero dei Beneficiari (massimo 7)

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati relativi ai Beneficiario/i designato/i, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i stesso/i

Beneficiario n. 1 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | |

giorno mese anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | |

giorno mese anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | |

giorno mese anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | |

giorno mese anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | |

giorno mese anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 6 % DEL CAPITALE , ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita / / giorno | mese | anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 7 % DEL CAPITALE , ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita / / giorno | mese | anno

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

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

COGNOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

Le eventuali modifiche e/o revoche devono essere comunicate per iscritto all'impresa o disposte per testamento; a pena 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.

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI

Classe di Patrimonio Assicurativo Futuro **CARICAMENTI PER ATTIVITÀ DI ACQUISIZIONE ED AMMINISTRAZIONE** , % DEL PREMIO

DICHIARAZIONE IN CASO DI CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

Il sottoscritto Contraente dichiara di essere a conoscenza dell'esistenza di contratti a prestazioni rivalutabili collegati alla gestione separata FONDO FV VIVADUE stipulati da Contraenti legati da rapporti partecipativi di tipo familiare e/o societario con il sottoscritto no si .
In caso affermativo allega alla presente proposta la DICHIARAZIONE DI RAPPORTI PARTECIPATIVI

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A. TOTALE ASSEGNI				<input type="text"/>

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

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** |

IT | | | **03296** |

COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

IMPORTO EURO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. TOTALE ADDEBITI

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																							
IT																							
<small>COD. PAESE</small>	<small>CIN</small>	<small>IBAN</small>	<small>CIN</small>	<small>CODICE ABI</small>	<small>CAB</small>	<small>NUMERO CONTO CORRENTE</small>																	

(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

C. TOTALE BONIFICI

IMPORTO EURO													

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

ULTERIORI MEZZI DI PAGAMENTO

N. (indicare nella casella il numero delle eventuali distinte supplementari allegate)

TOTALE A + B + C

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 e letto, e di accettare in ogni loro parte, le Condizioni di assicurazione Mod. RG5CN04 - FVIU6 Ed. 01/2020, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e la vigente versione del "Documento contenente le informazioni chiave" di Fideuram Vita Garanzia e Valore 2. Dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento della Gestione Separata, disponibile anche sul sito internet dell'Impresa www.fideuramvita.it;

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.
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 stato informato del diritto di recesso** la cui disciplina è riportata nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione, e prende atto che in caso di recesso l'Impresa trattiene, a titolo di rimborso spese, l'importo di € 50,00;
- dispone che in caso di suo decesso nel corso della durata contrattuale 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 Fideuram On Line attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione del Fideuram On Line **CARTACEA**

FIRMA DELL'ASSICURATO
O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI ASSICURATO INCAPACE DI AGIRE (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE AI SENSI DELL'ART. 1911 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. 3 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 8 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 10 (Il riscatto ed i costi in uscita) 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.