

## MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 13/05/2019

# Fideuram Vita Insieme Facile

**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 informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP), le Condizioni di assicurazione comprensive degli Allegati 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.

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. RMCN12 - 936/937 - Ed. 05/2019 comprensive degli Allegati e nel Documento 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  NOME

Data di nascita / /   
giorno | mese | anno

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 UNICO**  **PREMIO RICORRENTE**

**TIPOLOGIA DI CONTRATTO:**  
(barrare la casella che interessa)

#### CONDIZIONI FACILITATE

CODICE AZIENDA  QUALIFICA CONTRAENTE  ALLEGATO (\*)

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

#### PREMIO

#### CONTRATTO A PREMIO UNICO

**PREMIO UNICO** per un totale di €  (comprensivo dei costi)

#### CONTRATTO A PREMIO RICORRENTE

(è obbligatorio compilare la successiva sezione "Autorizzazione permanente di addebito in conto")

#### PIANO PROGRAMMATO DEI VERSAMENTI

**Tipo rateazione** (barrare l'opzione scelta)  **Annuale A**   **Semestrale S**   **Trimestrale T**   **Mensile M**

RATA PROGRAMMATA €  (comprensiva dei costi) Numero programmato di annualità di premio

Valore del Piano Programmato dei Versamenti €

#### PREMIO RICORRENTE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE

**PREMIO RICORRENTE** per un totale di €  (comprensivo dei costi)

**PREMIO UNICO AGGIUNTIVO** (da compilare solo in presenza di un versamento aggiuntivo contestuale al premio ricorrente versato alla sottoscrizione)

**PREMIO UNICO AGGIUNTIVO** per un totale di €  (comprensivo dei costi)

Qualora il premio versato alla sottoscrizione risultasse superiore alla RATA PROGRAMMATA indicare come **PREMIO RICORRENTE** la RATA PROGRAMMATA e la parte eccedente come **PREMIO UNICO AGGIUNTIVO** versato alla sottoscrizione del contratto.

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).



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 natiuri, in parti uguali

S altri, indicare il numero dei Beneficiari (massimo 7) N.B. In caso di un numero di Beneficiari maggiore di 2 utilizzare anche il modulo "DESIGNAZIONE BENEFICIARIA"

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 revoche 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
Data di nascita
TIPO RELAZIONE (B)
TIPO RELAZIONE (C)
SESSO
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
Data di nascita
TIPO RELAZIONE (B)
TIPO RELAZIONE (C)
SESSO
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
CAP
PROVINCIA
NAZIONE (se estera)

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI E ALLEGATI

Classe di Patrimonio Potenziale (CPP)

TRASFORMAZIONE DI POLIZZA

PRODOTTO DELLA FAMIGLIA FIDEURAM VITA INSIEME

Codice Contratto di trasformazione
Numero Scheda di trasformazione
Disponibilità trasferita

N.B. Allegare obbligatoriamente al modulo di proposta la Scheda informativa sull'operazione di trasformazione debitamente sottoscritta dal Contraente. L'importo effettivamente trasferito potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 20%.

ALTRI PRODOTTI UNIT LINKED

I codici dei contratti da trasformare sono indicati nella sezione "Modalità di pagamento" e si riferiscono alle allegate Schede informative sull'operazione di trasformazione debitamente sottoscritte dal Contraente.

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO

SEZIONE OBBLIGATORIA PER I CONTRATTI SOTTOSCRITTI NELLA FORMA A PREMIO RICORRENTE

CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE IMPORTO EURO

Qualora il c/c non sia intrattenuto presso Fideuram S.p.A. compilare anche il modulo RID. L'addebito delle rate è subordinato alla sussistenza dei fondi e comprenderà le eventuali spese e/o commissioni bancarie. L'addebito avverrà il 10 del mese di ricorrenza della rata. La valuta riconosciuta è del giorno coincidente con l'addebito della rata ovvero, se non lavorativo, il primo giorno lavorativo successivo.

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.

Table with 5 columns: SPECIE DEL TITOLO (?), CODICE ABI, CAB, NUMERO COMPLETO DELL'ASSEGNO, IMPORTO EURO

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

A. TOTALE ASSEGNI

**GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM S.p.A. E DA POLIZZE DI FIDEURAMVITA 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>B. TOTALE GIROFONDI</b>			

**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**

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

**TOTALE A + B + C + D**

**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. RMCN12 - 936/937 - Ed. 05/2019, comprensive dei relativi Allegati, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e la vigente versione del "Documento contenente le informazioni chiave", con il relativo Allegato in cui sono descritte le singole opzioni di investimento di Fideuram Vita Insieme Facile. 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;**

— **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](http://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. 1919 C.C.)

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 8 (I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta), l'art. 14 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 16 (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

**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.