

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 contenente le informazioni chiave (GKID), i Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) delle opzioni di investimento prescelte, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP) e le Condizioni di assicurazione.

Il contratto non è in coassicurazione.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 05.12.2022

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**

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

(barrare l'opzione scelta)

E gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi, dell'Assicurato, 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 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 dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto all'Impresa o disposte per testamento; 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.

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

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

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

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

ULTERIORI DATI CONTRATTUALIClasse di Patrimonio Assicurativo Futuro **C** CARICAMENTI PER ATTIVITÀ DI ACQUISIZIONE ED AMMINISTRAZIONE **0,00** % 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 emessi 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

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

(codice IBAN rilevabile dall'Espresso di Conto Corrente)

B. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO

