

MODULO DI PROPOSTA

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

Fideuram Vita Insieme

**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**

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. RSCN25 - 930/933 - Ed. 03/2022 comprensive degli Allegati e nel 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.

TIPOLOGIA DI CONTRATTO:
U **PREMIO UNICO** (barrare la casella che interessa) **P** **PREMIO RICORRENTE**

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 € _____

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 PROGRAMMATTA € _____ (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 PROGRAMMATTA indicare come PREMIO RICORRENTE la RATA PROGRAMMATTA 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).

TIPOLOGIA INVESTIMENTO

Il premio versato e le disponibilità trasferite verranno investiti nelle Linee di investimento di seguito indicate. Per i contratti a premio ricorrente è consentito l'investimento in una sola linea tra quelle non protette.

LINEE DI INVESTIMENTO

Compilare obbligatoriamente l'ALLEGATO 1 - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

Linee non protette			
MX	<input type="checkbox"/> Linea Mix con <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % fondi interni (min 30% max 100%)	€	<input type="text"/>
FP	<input type="checkbox"/> Linea MultiSelection	€	<input type="text"/>
Linea protetta			
CS80	<input type="checkbox"/> Linea My Blue Protection 80	€	<input type="text"/>
Totale		€	<input type="text"/>

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

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE

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

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE

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

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE

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

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE

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

ALLEGATO 1 FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

Luogo _____

CODICE CONTRATTO NUMERO R S _____

Data _____
giorno | mese | anno

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE _____
 COGNOME O DENOMINAZIONE _____
 NOME _____

L'Allegato 1 - Fondi di investimento e Servizi Accessori - deve essere allegato al modulo di proposta del contratto a cui si riferisce e di cui costituisce parte integrante. La selezione dei Fondi di investimento deve essere compilata obbligatoriamente per ogni Linea di investimento selezionata nel modulo di proposta.

SELEZIONE FONDI INVESTIMENTO

Al contratto possono essere associati al massimo complessivamente 30 FONDI ESTERNI per ogni linea di investimento.

LINEA MIX

Per la **Linea Mix** la percentuale dei Fondi Interni deve essere pari a quella selezionata nel modulo di proposta.

FONDI INTERNI

	Cod. Impresa	Denominazione	% investimento del premio
A	_____	_____	____, ____ %
B	_____	_____	____, ____ %
C	_____	_____	____, ____ %
D	_____	_____	____, ____ %
E	_____	_____	____, ____ %
F	_____	_____	____, ____ %
G	_____	_____	____, ____ %
H	_____	_____	____, ____ %
I	_____	_____	____, ____ %
L	_____	_____	____, ____ %
M	_____	_____	____, ____ %
N	_____	_____	____, ____ %
Totale Fondi interni:			____, ____ %

FONDI ESTERNI

	Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1	_____	_____	_____	____, ____ %
2	_____	_____	_____	____, ____ %
3	_____	_____	_____	____, ____ %
4	_____	_____	_____	____, ____ %
5	_____	_____	_____	____, ____ %
6	_____	_____	_____	____, ____ %
7	_____	_____	_____	____, ____ %
8	_____	_____	_____	____, ____ %
9	_____	_____	_____	____, ____ %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
Totale Fondi esterni:			, %
Totale complessivo:			1 0 0, 0 0 %

LINEA MULTISELECTION

Per la **Linea MultiSelection** almeno il 20% dei premi deve essere investito nei FONDI ESTERNI appartenenti alla "Selection Fideuram".

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
Totale complessivo:			1 0 0, 0 0 %

LINEA MY BLUE PROTECTION 80

Per la **Linea My Blue Protection 80** almeno il 20% dei premi deve essere investito nei **FONDI ESTERNI** appartenenti alla "Selection Fideuram".

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %

