

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: 07.03.2022

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**

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

Spett.le IW SIM S.p.A.
Via Montebello, 18
20121 MILANO

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

RG

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. RG5CN06 - FV1U6 - Ed. 02/2022 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 _____ 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 _____
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 (Sezione non applicabile per questo prodotto)

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 € _____, **00**

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 revoca 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

Form fields for Beneficiary 1: 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

Form fields for Beneficiary 1: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 2: 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

Form fields for Beneficiary 2: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 3: 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

Form fields for Beneficiary 3: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 4: 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

Form fields for Beneficiary 4: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 5: 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

Form fields for Beneficiary 5: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

