

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

**PRODOTTO D'INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI RAMO I
A CAPITALE RIVALUTABILE
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 (KID), il Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP) e le Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario.

Il contratto non è in coassicurazione.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 01.12.2024

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 Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00175 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, 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 l'inefficacia della designazione, la dichiarazione del Contraente deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza per poter effettuare la revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte dell'impresa, sempre che l'Assicurato sia in vita alle ore 24.00 del giorno di ricezione della comunicazione.

(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

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

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

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

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

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

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

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**DICHIARAZIONE RAPPORTI PARTECIPATIVI**

(in caso di persona fisica o persona giuridica)

Il sottoscritto Contraente dichiara di avere legami di parentela e/o di natura societaria con altri soggetti (rapporti di coniugio, unione civile e convivenza di fatto, di parentela entro il secondo grado, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al contratto, sui quali sono stati versati premi che, sommati al presente versamento, superano complessivamente l'importo di € 3.000.000,00. no si .

In caso affermativo allega alla presente proposta la DICHIARAZIONE DI RAPPORTI PARTECIPATIVI

MODALITÀ DI PAGAMENTO UNICO (COMPILARE SOLO LE SEZIONI RELATIVE ALLE MODALITÀ SCELTE)**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
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

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
 IT 0
 COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE
 _____ (codice IBAN rilevabile dall' Estratto di Conto Corrente) _____

IMPORTO EURO
 _____,
 _____,

C. TOTALE BONIFICI

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: la vigente versione del "Documento contenente le informazioni chiave" di Fideuram Vita Garanzia e Valore 2, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Allegato I "Regolamento della Gestione Separata FONDO FVVIVADUE, Mod. RG5CN09 - FVIU6 Ed. 12/2024. 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 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 tratterrà le spese di emissione del contratto pari a € 50;
- 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 Alfabeto Fideuram attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione di Alfabeto Fideuram

CARTACEA
 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.

Il sottoscritto Contraente, inoltre, chiede che, in caso di sua premorienza rispetto all'Assicurato, la contraenza del contratto passi in capo all'Assicurato stesso che contestualmente accetta.

Il sottoscritto Assicurato infine dichiara di avere il domicilio in Italia.

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.)

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 (La designazione dei Beneficiari), l'art. 12 (Il pagamento dei premi e i costi in ingresso), l'art. 15 (Il riscatto ed i costi in uscita) e l'art. 16 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta) 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 CONSULENTE FINANZIARIO

L'identificazione personale del Contraente e dell'Assicurato è attestata dal Consulente Finanziario mediante la sua firma apposta in calce al presente modulo.

 CODICE T.F.A. _____ CODICE CONSULENTE FINANZIARIO _____ CODICE CONSULENTE FINANZIARIO SPLIT _____ % SPLIT _____

 Cognome e Nome T.F.A. _____ Cognome e Nome del Consulente Finanziario _____ Cognome e Nome del Consulente Finanziario Split _____

 FIRMA T.F.A. _____ FIRMA DEL CONSULENTE FINANZIARIO _____ FIRMA DEL CONSULENTE FINANZIARIO SPLIT _____

IL CONSULENTE FINANZIARIO È UN PROFESSIONISTA DELLA CONSULENZA FINANZIARIA, PREVIDENZIALE E ASSICURATIVA ISCRITTO ALL'ALBO UNICO DEI CONSULENTI FINANZIARI.