

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: 19.02.2024

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

**PRODOTTO D'INVESTIMENTO
ASSICURATIVO DI RAMO I
A CAPITALE RIVALUTABILE
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. RG5CN08 - FV1U6 - Ed. 02/2024 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 PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL 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 al proprio Consulente Finanziario)

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 Consulente Finanziario)

NOMINATIVO O DENOMINAZIONE

RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE

(compilare obbligatoriamente in caso di **Contraente** persona giuridica o incapace di agire)

CODICE FISCALE

COGNOME

NOME

IN QUALITÀ DI: Rappresentante Legale (con potere di firma)

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)

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

Nome di nascita

Data di nascita
giorno mese anno

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.

PRESTAZIONI ASSICURATE

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

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, fermo restando il capitale minimo garantito dal contratto.

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 € . . , **0 0**

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 O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

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

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

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

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)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

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 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		
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)		

Referente Terzo cui l'Impresa può fare riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata

COGNOME		
CODICE FISCALE		
INDIRIZZO		
LOCALITÀ		
INDIRIZZO E-MAIL		

NOME		
COMUNE DI NASCITA		
NAZIONE (se estera)		
CAP		PROVINCIA

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	CIN	CODICE ABI
			CAB
		NUMERO CONTO CORRENTE	

(codice IBAN rilevabile dall'Espresso di Conto Corrente)

B. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO		

