

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

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	<input type="text"/>
COGNOME O DENOMINAZIONE	<input type="text"/>
NOME	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>
LOCALITÀ	<input type="text"/>
NAZIONE (se estera)	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>

(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	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE

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

CODICE FISCALE	<input type="text"/>
COGNOME	<input type="text"/>
NOME	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
SESSO	<input type="text"/>	COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/>
TIPO RELAZIONE (A)	<input type="text"/>	NAZIONE DI NASCITA (se estera)	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROVINCIA	<input type="text"/>
LOCALITÀ	<input type="text"/>	NAZIONE (se estera)	<input type="text"/>

(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	<input type="text"/>	QUALIFICA CONTRAENTE	<input type="text"/>	ALLEGATO (*)	<input type="checkbox"/>
----------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------	--------------------------

(*) 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 € , **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 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

COGNOME O DENOMINAZIONE
SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

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

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

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

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

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

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

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI

Classe 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 FVVIVADUE 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 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 | | | 0 3 2 9 6 | 0 1 6 0 1 | | | | | | | |

IT | | | 0 3 2 9 6 | | | | | | | |

COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

(codice IBAN rilevabile dall' Estratto di Conto Corrente)

B. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO

| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |

