

MODULO DI PROPOSTA

## Fideuram Vita Sintonia

POLIZZA INDIVIDUALE MULTIRAMO  
NELLA FORMA "VITA INTERA A PREMIO UNICO"

**Prima della sottoscrizione della presente proposta vi è l'obbligo di consegnare al Contraente il Documento contenente le informazioni chiave (KID), 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.

**DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 18.04.2024**

**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 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 Sintonia

## ASSICURAZIONE SULLA VITA NELLA FORMA VITA INTERA MULTIRAMO

R F

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. RFCN15 - 601 - Ed. 04/2024 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

giorno | mese | anno

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.

### CONDIZIONI FACILITATE

CODICE AZIENDA

QUALIFICA CONTRAENTE

ALLEGATO (\*)

(\*) È obbligatorio allegare la dichiarazione di possesso dei requisiti per la sottoscrizione del contratto a condizioni facilitate.

### 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.

### PREMIO

**PREMIO UNICO** per un totale di €

(comprensivo dei caricamenti)

Qualora il versamento avvenga attraverso girofondi l'importo del premio potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 10%.

### TIPOLOGIA INVESTIMENTO

Il premio versato verrà investito nella Linea di investimento di seguito indicata (barrare una sola opzione). Il 25% del premio è investito nella Gestione Separata FONDO FVVIVADUE; il restante 75% in base ai Fondi di investimento indicati nell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI.

#### Linea Non Protetta

**NP**  **Linea Selezione**

N.B.: Compilare obbligatoriamente la Sezione "Fondi di Investimento" dell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

#### Linea Protetta

**MP**  **Linea Protezione 85 Percorso di Investimento Associato**   

N.B.: È obbligatorio indicare la modalità in Rendicontazione On Line al punto D della Sezione "Dichiarazioni e firme del Contraente e dell'Assicurato" e compilare la Sezione "Fondi di Investimento" dell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

**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; a pena inefficacia della designazione, la dichiarazione del Contraente deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza per poter effettuare la revoca o la modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revocche 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**Classe di Patrimonio Potenziale (CPP) **DICHIARAZIONE RAPPORTI PARTECIPATIVI**

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



**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 per il tramite dell'intermediario, letto attentamente, compreso e quindi accettato in ogni loro parte la vigente versione del Documento contenente le informazioni chiave del prodotto Fideuram Vita Sintonia (KID) e i Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) delle opzioni di investimento prescelte, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, Mod. RFCN15 - 601 - Ed. 04/2024, comprensive dei relativi Allegati. Dichiara inoltre di aver preso visione dei Regolamenti degli OICR/Statuto delle SICAV disponibili sul sito internet delle rispettive società emittenti;
- C) dichiara di aver letto e compreso l'Informativa sulla sostenibilità dei servizi finanziari (SFDR) relativa a una o più delle opzioni di investimento classificate art. 8 e/o art. 9 ai sensi del Reg. (UE) 2019/2088, se presenti tra le opzioni di investimento prescelte; di essere a conoscenza che tale informativa e ogni eventuale successivo aggiornamento è disponibile:  
 - per i Fondi Interni sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto;  
 - per i Fondi Esterni (OICR) sui siti internet delle Case di Gestione. L'elenco dei Fondi Esterni e dei siti delle relative Case di Gestione è reperibile nel DIP aggiuntivo e sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto;
- D) 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.
Girofondo	Giorno in cui la Società di Gestione del Fondo mette a disposizione di Fideuram Vita S.p.A. l'importo liquidato.
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 tratterà le spese di emissione del contratto pari a € 50;
  - 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;
  - 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.
- E) 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](http://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**
- 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 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. 9 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 12.4 (Limiti di movimentazione della Gestione Separata FONDO FVVIVADUE), l'art. 15 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 17 (Il riscatto) 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 PRIVATE BANKER**

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

\_\_\_\_\_  
CODICE T.F.A.

\_\_\_\_\_  
CODICE PRIVATE BANKER

\_\_\_\_\_  
CODICE PRIVATE BANKER SPLIT      % SPLIT

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome T.F.A.

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome del private banker

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome del private banker Split

\_\_\_\_\_  
FIRMA T.F.A.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PRIVATE BANKER

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PRIVATE BANKER SPLIT

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

Consegnato in triplice copia (una per Fideuram Vita S.p.A./Fideuram S.p.A., una per il Private Banker e una per il Cliente)



