FIDEURAM VITA

MODULO DI PROPOSTA

FAC-SIMILE

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: 17.04.2025

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

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. RFCN17 - 601 - Ed. 12/2024 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 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

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

SESSO TIPO RELAZIONE (A) Data di nascita ___ | ___ | _____ giorno mese anno 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. 1 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 FV VIVADUE; il restante 75% in base ai Fondi di investimento indicati nell'ALLEGATO 1 - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI.

Linea Non Protetta

NP ☐ **Linea Selezione**

N.B.: Compilare obbligatoriamente la Sezione "Fondi di Investimento" dell'ALLEGATO 1 - 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 1 - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

FAC-SIMILE

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 nascituri 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; 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 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 — NOME

SESSO — TIPO RELAZIONE (B) — TIPO RELAZIONE (C) — Data di nascita giorno | mese | anno — COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE — NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO — CAP — PROVINCIA

LOCALITÀ — NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE — NOME

SESSO — TIPO RELAZIONE (B) — TIPO RELAZIONE (C) — Data di nascita giorno | mese | anno — COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE — NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO — CAP — PROVINCIA

LOCALITÀ — NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE — NOME

SESSO — TIPO RELAZIONE (B) — TIPO RELAZIONE (C) — Data di nascita giorno | mese | anno — COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE — NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO — CAP — PROVINCIA

LOCALITÀ — NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE — NOME

SESSO — TIPO RELAZIONE (B) — TIPO RELAZIONE (C) — Data di nascita giorno | mese | anno — COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE — NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO — CAP — PROVINCIA

LOCALITÀ — NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

FACSIMILE

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | | giorno mese anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 6 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | | giorno mese anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 7 % DEL CAPITALE ,

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita | | giorno mese anno

COMUNE DI NASCITA

CODICE FISCALE

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

INDIRIZZO

CAP PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

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

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

CAP PROVINCIA

LOCALITÀ

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

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

FAC - SIMILE

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

GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM S.p.A.

Il Contraente, in quanto Mandante/Contraente avente titolo ad operare sui contratti richiamati nel presente riquadro, richiede le liquidazioni con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo controvalore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione.

(**) In caso di liquidazioni totali, tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della quota/azione. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

CODICE CONTRATTO DA LIQUIDARE	CODICE COMPARTIMENTO	TIPO LIQUIDAZIONE (P = PARZIALE T = TOTALE)	IMPORTO DA LIQUIDARE EURO (**)
			,
			,
			,
		B. TOTALE GIROFONDI	,

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)

IMPORTO EURO
,
,
,
C. TOTALE ADDEBITI

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
,
,
,
D. 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 + D	,
TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI	,
TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO	,

FAC-SIMILE

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. RFCN17 - 601 - Ed. 12/2024, 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 sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto e dalla sezione "Archivio Informative sulla sostenibilità di prodotto e sulla sostenibilità dei servizi finanziari (SFDR)", all'interno della pagina Area Clienti;

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. 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 FV VIVADUE), 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 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.

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

FACSIMILE

Fideuram Vita Sintonia

ALLEGATO I FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

FIDEURAM VITA

Luogo _____

CODICE CONTRATTO NUMERO R F

Data ___ | ___ | ____
giorno mese anno

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

COGNOME O DENOMINAZIONE

NOME

L'Allegato I - Fondi di investimento e Servizi Accessori - deve essere allegato al modulo di proposta del contratto a cui si riferisce e di cui costituisce parte integrante. La selezione dei Fondi di investimento deve essere compilata obbligatoriamente per la Componente Unit Linked di entrambe le Linee di investimento selezionate nel modulo di proposta.

SELEZIONE FONDI INVESTIMENTO

Per la **Linea Selezione** al contratto possono essere associati al massimo 25 FONDI INTERNI E/O ESTERNI. Almeno il 20% della "Componente Unit Linked" deve essere investito in Fondi interni e/o Fondi esterni della Selection Fideuram.
Per la **Linea Protezione 85** riportare i Fondi esterni sottostanti il "Percorso di Investimento" prescelto.

FONDI INTERNI ED ESTERNI

	Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio nella Componente Unit Linked
1				, %
2				, %
3				, %
4				, %
5				, %
6				, %
7				, %
8				, %
9				, %
10				, %
11				, %
12				, %
13				, %
14				, %
15				, %
16				, %
17				, %
18				, %
19				, %
20				, %
21				, %

FAC - SIMILE

	Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio nella Componente Unit Linked
22				, %
23				, %
24				, %
25				, %

Totale complessivo: 100,00 %

SERVIZI ACCESSORI

D **Piano di Decumulo Finanziario** ai sensi dell'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione attuato attraverso il disinvestimento di parte del capitale rivalutato della Componente Rivalutabile e di parte delle quote della Componente Unit Linked associate al contratto in base alla durata del piano

Durata del Piano: [X] 10 anni Importo: , % del premio versato alla sottoscrizione (min 1% - max 8%)

Frequenza della rata: Annuale A Semestrale S Trimestrale T

Accredito su:

B **Conto corrente presso Fideuram S.p.A.**

IT | | | 032 96 01 601 | | |

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

(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

T **Conto corrente presso altra Banca intestato al Contraente**

IT | | | 0 | | |

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

(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente) NOME BANCA

RV **Riallocazione Guidata**

(opzione attivabile sulla Linea Selezione)

Portafoglio Modello

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione come riportato all'Art. 5 delle Condizioni di assicurazione.

N.B. In caso di attivazione della Riallocazione Guidata è obbligatorio richiedere, nel modulo di proposta la "RENDICONTAZIONE ON LINE" al punto D) della sezione "Dichiarazioni e firme del Contraente e dell'Assicurato".

Attivazione delle seguenti opzioni di Reset Protezione sulla Linea Protezione 85:

MP2 percentuale massima fondi monetari di protezione % (min 10% max 30%)

N.B. Al raggiungimento di tale percentuale l'Impresa riporterà automaticamente il livello dei *floor* all'85% del valore corrente del contratto.

MP3 percentuale minima del capitale protetto (*floor*) % (min 70% max 83%)

N.B. Al raggiungimento di tale percentuale l'Impresa riporterà automaticamente il livello dei *floor* all'85% del valore corrente del contratto.

FIRMA DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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.

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

FAC - SIMILE