FIDEURAM
VITA

FAC-SIMILE

Fideuram Vita Serena

TEMPORANEA CASO MORTE NELLA FORMA
"A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTE"

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione della presente proposta vi è l'obbligo di consegnare al Contraente il Documento informativo precontrattuale (DIP Vita), il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di assicurazione.

Il contratto non è in coassicurazione.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 31.07.2024

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 Serena
TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTE

TM

**Spett.le IW SIM S.p.A.
Via Melchiorre Gioia, 22
20124 MILANO**

PROGETTO N°

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. TM2CN07 - 274 - Ed. 07/2024 comprensive di Glossario, nel Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) e nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE O PARTITA IVA

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 *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

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 oppure 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 DI RESIDENZA 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.

PRESTAZIONI ASSICURATE E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

In caso di decesso dell'Assicurato entro la scadenza contrattuale, Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati il capitale sotto indicato:

CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE € . . ,00

Inoltre Fideuram Vita pagherà le prestazioni derivanti delle seguenti Garanzie Complementari:

C ☐ GARANZIA COMPLEMENTARE IN CASO DI MORTE PER INFORTUNIO (barrare la casella se di interesse): in caso di decesso per infortunio dell'Assicurato prevede il pagamento ai Beneficiari designati di un capitale aggiuntivo determinato con i criteri indicati nelle Condizioni per l'assicurazione complementare in caso di morte per infortunio.

D ☐ GARANZIA COMPLEMENTARE INSORGENZA MALATTIA GRAVE (barrare la casella se di interesse): prevede l'anticipo al Contraente di una parte del capitale assicurato all'accertamento diagnostico di una delle malattie gravi assicurate come indicato nelle Condizioni per l'assicurazione complementare insorgenza malattia grave.

Le prestazioni assicurate vengono erogate sulla base delle informazioni rese dall'Assicurato sul Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo e/o riportate nel Rapporto di visita medica.
Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo e/o del Rapporto di visita medica l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.
In ogni caso, l'Assicurato può chiedere, con costi a proprio carico, di essere sottoposto a visita medica, presso una struttura medica dallo stesso prescelta, per certificare l'effettivo stato di salute.

DURATA DELL'ASSICURAZIONE: **(minimo 5 massimo 25 anni)**

FAC-SIMILE

Mod. TM20305/IWS - Ed. 07/2024

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 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 la 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 — 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

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

FAC-SIMILE

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

IMPORTO DEL PREMIO E TIPOLOGIA RATEAZIONE

Tipo rateazione: (barrare l'opzione scelta) **Annuale A** **Mensile M**

PREMIO ANNUO COSTANTE (comprensivo di costi e delle eventuali imposte)

A) GARANZIA BASE CASO MORTE	€ . ,
B) GARANZIA COMPLEMENTARE IN CASO DI MORTE PER INFORTUNIO	€ . ,
C) GARANZIA COMPLEMENTARE INSORGENZA MALATTIA GRAVE	€ . ,
D) SOVRAPPREMI	
– Sovrappremio Sanitario	€ . ,
– Sovrappremio Sportivo e/o Professionale	€ . ,
TOTALE COMPLESSIVO PREMIO ANNUO COSTANTE	€ . ,
Importo della rata da corrispondere in funzione del frazionamento	€ . ,

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO IN CONTO

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente richiamato nel presente riquadro, autorizza l'addebito delle rate di premio successivo a quello di sottoscrizione fino alla data di scadenza della polizza.

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

I T | | | 0 3 2 9 6 | 0 1 6 0 1 |

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**

I T | | | 0 | | | | | |

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

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

Qualora il c/c non sia intrattenuto presso Fideuram S.p.A. compilare anche il modulo SDD (Sepa Direct Debit). L'addebito delle rate è subordinato alla sussistenza dei fondi e comprenderà le eventuali spese e/o commissioni bancarie. La valuta riconosciuta è del giorno coincidente con la ricorrenza della rata di premio dovuta ovvero, se non lavorativo, il primo giorno lavorativo successivo.

MODALITÀ DI PAGAMENTO (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

FAC-SIMILE

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.

IMPORTO **EURO**

I T | | | 0 3 2 9 6 0 1 6 0 1 |

I T | | | 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

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.

IMPORTO **EURO**

I T | | | 0 | | | | | |

I T | | | 0 | | | | | |

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

(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

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, le Condizioni di assicurazione Mod. TM2CN07 - 274 - Ed. 07/2024 comprensive del Glossario e la vigente versione del DIP Vita e del DIP aggiuntivo Vita;**

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, se nominativamente designati, e al Referente Terzo, se designato, 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, altresì, di essere a conoscenza di avere la facoltà di poter modificare la suddetta scelta in qualsiasi momento e senza costi aggiuntivi con specifica comunicazione all'Impresa.

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 di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'Art. 1 (L'oggetto delle coperture assicurative), l'Art. 3 (Le limitazioni alle coperture assicurative - esclusioni e periodi di carenza), l'Art. 6 (L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio), l'Art. 7 (La denuncia dell'infortunio e gli obblighi relativi per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio), l'Art. 8 (L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave), l'Art. 9 (La denuncia del sinistro e gli obblighi relativi per la garanzia complementare insorgenza malattia grave), l'Art. 10 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'Art. 13 (La rivedibilità della copertura e del premio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave) l'Art. 15 (La sospensione, la riattivazione e la risoluzione del contratto) e l'Art. 18 (La designazione dei beneficiari) delle Condizioni di assicurazione.

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

FAC-SIMILE

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