

## **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: 31.07.2023**

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.TM2CN06 - 274 - Ed. 07/2023 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  
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  
IN QUALITÀ DI: Rappresentante Legale (con potere di firma)

NOME

**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

Data di nascita

giorno | mese | anno

SESSO TIPO RELAZIONE (A)

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)

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 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

Form fields for Beneficiary 1: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 1: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 2: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 2: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 3: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 3: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 4: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 4: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 5: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 5: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)

Beneficiario n. 6 % DEL CAPITALE

Form fields for Beneficiary 6: COGNOME O DENOMINAZIONE, SESSO, TIPO RELAZIONE (B), TIPO RELAZIONE (C), Data di nascita (giorno, mese, anno), CODICE FISCALE, INDIRIZZO, LOCALITÀ, INDIRIZZO E-MAIL

Form fields for Beneficiary 6: NOME, COMUNE DI NASCITA, NAZIONE DI NASCITA (se estera), CAP, PROVINCIA, NAZIONE (se estera)



