

MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 31/10/2023

Fideuram Vita Insieme Premium

ASSICURAZIONE SULLA VITA
NELLA FORMA "VITA INTERA"
DI TIPO UNIT LINKED

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.

Luogo _____

Data

giorno	mes	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. RBCNI19 - 93220 - Ed. 10/2023 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 _____
SESSO _____ TIPO RELAZIONE (A) _____
CODICE FISCALE _____ COMUNE DI NASCITA _____
INDIRIZZO _____ NAZIONE DI NASCITA (se estera) _____
LOCALITÀ _____ CAP _____ PROVINCIA _____
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

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.

TIPOLOGIA DI CONTRATTO:

PREMIO UNICO

PREMIO

CONTRATTO A PREMIO UNICO

PREMIO UNICO per un totale di € _____, _____

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 e l'importo del Bonus verranno investiti nella Linea di investimento di seguito indicata:

- GS** Linea Total Core (selezionare 1 o più **FONDI INTERNI**)
- MX** Linea Mix 50 (selezionare al massimo 20 **FONDI ESTERNI**. Il 50% del premio e del Bonus deve essere investito nei **FONDI INTERNI**)
- FP** Linea MultiSelection (selezionare al massimo 20 **FONDI ESTERNI**. Almeno il 40% del premio e del Bonus deve essere investito nella **SELECTION FIDEURAM**)

FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1	_____	□□□ %
2	_____	□□□ %
3	_____	□□□ %
4	_____	□□□ %
5	_____	□□□ %
Totale Fondi interni:		□□□ %

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
2	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
3	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
4	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
5	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
6	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
7	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
8	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
9	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
10	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
11	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
12	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
13	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
14	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
15	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
16	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
17	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
18	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
19	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
20	□□□□□□□□□□□□□□□□	_____	□□□ %
Totale Fondi esterni:			□□□ %
Totale complessivo:			1 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 revoche dei Beneficiari 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". 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

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 4 % DEL CAPITALE

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

Beneficiario n. 5 % DEL CAPITALE

COGNOME O DENOMINAZIONE

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO E-MAIL

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 ADDEBITI

Nella causale di bonifico a favore di Fideuram Vita S.p.A. specificare "Versamento sul contratto numero _____"

ULTERIORI MEZZI DI PAGAMENTO **TOTALE A + B + C + D** _____
TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI _____
TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO _____

N. (indicare nella casella il numero delle eventuali distinte supplementari allegate)

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 Insieme Premium (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. RBCN19 - 93220 - Ed. 10/2023, 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. 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. 7 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 13 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 15 (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.