



FIDEURAM
VITA

Fideuram Vita Garanzia e Valore 2

PRODOTTO D'INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI RAMO I
A CAPITALE RIVALUTABILE
NELLA FORMA "VITA INTERA A PREMIO UNICO"

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione della presente proposta vi è l'obbligo di consegnare al Contraente il Documento contenente le informazioni chiave (KID), il Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP) e le Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario.

Il contratto non è in coassicurazione.

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 01.10.2025

Fideuram Vita S.p.A. Sede Legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma fideuramvita@pec.fideuramvita.it Capitale Sociale Euro 406.946.836 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 Garanzia e Valore 2

PRODOTTO D'INVESTIMENTO
 ASSICURATIVO DI RAMO I
 A CAPITALE RIVALUTABILE
 NELLA FORMA "VITA INTERA
 A PREMIO UNICO"

RG

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. RG5CN11 - FVIU6 - Ed. 10/2025 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 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 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
 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 ovvero compilare per intero se l'Assicurato non coincide con il Contraente)

COGNOME
 NOME
 Data di nascita
 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.

PRESTAZIONI ASSICURATE

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

In caso di morte dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati il capitale iniziale sotto indicato, rivalutato con le modalità riportate nelle Condizioni di assicurazione, fermo restando il capitale minimo garantito dal contratto.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €
 .
 .
 ,

Nel caso in cui il Contraente è una Persona Giuridica: il Contraente è esercente attività d'impresa?
 SI
 NO

PREMIO

PREMIO UNICO per un totale di €
 .
 .
 , 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 della 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

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)

BONIFICI DA ALTRE BANCHE

IMPORTO EURO

						,			
						,			
						,			

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)

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: la vigente versione del "Documento contenente le informazioni chiave" di Fideuram Vita Garanzia e Valore 2, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Allegato I "Regolamento della Gestione Separata FONDO FVVIVADUE, Mod. RG5CN11 - FVIU6 Ed. 10/2025. Dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento della Gestione Separata, disponibile anche sul sito internet dell'Impresa www.fideuramvita.it;

- 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 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.

- D) dichiara inoltre di voler ricevere le comunicazioni in vigore 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 di essere a conoscenza che in qualunque momento può richiedere la documentazione contrattuale e le comunicazioni in vigore di contratto in modalità cartacea senza costi aggiuntivi.

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 infine dichiara di avere il domicilio in Italia.

O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI ASSICURATO INCAPACE DI AGIRE (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE AI SENSI DELL'ART. 1919 C.C.)

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 3 (La designazione dei Beneficiari), l'art. 12 (Il pagamento dei premi e i costi in ingresso), l'art. 15 (Il riscatto ed i costi in uscita) e l'art. 16 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta) delle Condizioni di assicurazione regolanti la presente assicurazione sulla vita.

O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE

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 CONSULENTE FINANZIARIO SPLIT % SPLIT

Cognome e Nome T.F.A.

Cognome e Nome del Consulente Finanziario

Cognome e Nome del Consulente Finanziario Split

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