

TCM o TCM e ITP Imprese

Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali

**Temporaneo caso morte o Temporanea caso morte
e invalidità totale e permanente da malattia e infortunio
in forma collettiva per assicurare i piani assistenziali alle Imprese**

MODULO DI PROPOSTA

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

Il contratto non è in coassicurazione

DATA REALIZZAZIONE:17.04.2026

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**

TCM o TCM e ITP Imprese
Polizza collettiva per Casse, Mutue
e Enti assistenziali

Spett.le Fideuram Vita S.p.A.

Via E. Q. Visconti, 80
00193 Roma RM

**Assicurazione temporanea caso morte
o caso morte e invalidità totale e permanente
da malattia o infortunio in forma collettiva**

**per assicurare i piani assistenziali alle Imprese
(codice prodotto 49 – tariffa 261 o tariffa 240)**

Luogo e data.....

Il Contraente i cui dati sono riportati di seguito, propone a Fideuram Vita S.p.A. (nel seguito la Compagnia) la sottoscrizione della Polizza Collettiva Temporanea Caso Morte (tariffa 261) o Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio (tariffa 240) nell'interesse del personale (dipendenti, dirigenti, amministratori e soci) delle Imprese a lui associate (di seguito anche "Polizza Collettiva") alle condizioni riportate nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita), nelle Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e nella Polizza Collettiva cui si riferiscono i suddetti documenti.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE

Denominazione/Ragione Sociale della Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua)

Codice Fiscale

Sede Legale (indirizzo completo)

Indirizzo di recapito (da indicare solo se diverso dalla sede legale)

Settore merceologico di appartenenza dell'Impresa associata

Codice ATECO..... Recapito telefonico (facoltativo)

Indirizzo e-mail /PEC (obbligatorio).....

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE

Cognome

Nome.....

Codice Fiscale

Data di nascita.....

Luogo di nascita.....

In qualità di

SELEZIONE TARIFFA
(barrare l'opzione scelta)

- TARIFFA 261 (Temporanea Caso Morte)
- TARIFFA 240 (Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale Permanente)

BENEFICIARI

TARIFFA 261

Per la garanzia in caso di morte dell'Assicurato i Beneficiari del pagamento del Capitale Assicurato sono indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o dai Contratti integrativi e/o Regolamenti Aziendali in vigore. Se non sono indicati, i Beneficiari sono "gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali", salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dall'Assicurato stesso.

TARIFFA 240

Per la garanzia in caso di morte dell'Assicurato i Beneficiari del pagamento del Capitale Assicurato sono indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o dai Contratti integrativi e/o Regolamenti Aziendali in vigore. Se non sono indicati, i Beneficiari sono "gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali", salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dall'Assicurato stesso.

Per la garanzia di Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio, il Beneficiario è l'Assicurato.

PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di decesso (tariffa 261) o in caso di decesso o invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, (tariffa 240) avvenuto o verificatosi durante il periodo di copertura di ciascun Assicurato Fideuram Vita S.p.A. pagherà al Beneficiario il relativo capitale assicurato.

Nell'Allegato al Modulo di Proposta, che fa parte integrante della presente proposta, per ciascun Assicurato sono evidenziati i rispettivi capitali assicurati per il primo periodo di copertura assicurativa.

La prestazione assicurata viene erogata sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e, ove necessario, delle informazioni rese dall'Assicurato sul Questionario Sanitario, Sportivo e sulle abitudini di vita e/o riportate nel Rapporto di visita medica.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato per la copertura assicurativa possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico. Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, Sportivo e sulle abitudini di vita e/o del Rapporto di visita medica l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate. L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il premio per ciascun anno assicurativo viene versato dal Contraente al soggetto che ha provveduto all'intermediazione. L'Intermediario successivamente provvede ad eseguire il versamento a mezzo bonifico bancario a favore di Fideuram Vita S.p.A. sul seguente IBAN IT76G030691271110000019531.

ALLEGATI

- Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura - C.C.I.A.A. (di data non inferiore a 6 mesi, attestante i poteri di firma del rappresentante legale)

DICHIARAZIONI E FIRME DEL CONTRAENTE

Il Contraente:

- A) **dichiara di voler sottoscrivere la TCM o TCM e ITP Imprese - Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali stipulata dalla Cassa, Ente assistenziale, Società di mutuo soccorso esclusivamente a fine assistenziale (Mutua) per assicurare i piani assistenziali al personale (dipendenti, dirigenti, amministratori e soci) dell'Impresa a lei associata, avendo ricevuto, preventivamente letto, e accettato in ogni parte le Condizioni di assicurazione ed. Aprile 2026 comprensive del Glossario e la vigente versione del DIP Vita e del DIP aggiuntivo Vita che unitamente al Modulo di Proposta compongono il set informativo del prodotto;**
- B) - **dichiara di avere la propria sede legale in Italia;**
- **dichiara che il personale (dipendenti, dirigenti, amministratori e soci) dell'Impresa a lei associata ha il domicilio in Italia;**

- **dichiara di essere a conoscenza che l'entrata in vigore dell'assicurazione della copertura assicurativa di ciascun assicurato** è subordinata all'accettazione del rischio da parte della Compagnia dopo aver ricevuto il presente modulo di proposta e tutta la documentazione indicata nell'Art. 4 delle Condizioni di assicurazione per la valutazione del rischio da parte della Compagnia. Fatto salvo quanto previsto nella Polizza Collettiva per le richieste del mese di dicembre l'entrata in vigore di ogni copertura assicurativa coincide con le ore 24:00 del giorno indicato nel relativo elenco degli Assicurati inseriti in copertura comunicato dalla Compagnia al Contraente;
- **dichiara di essere stato informato 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;
- **attesta la veridicità e la correttezza** delle informazioni riportate nell'Allegato al Modulo di proposta riguardo l'entità dei capitali assicurati determinati in base a quanto previsto dal CCNL e/o dai Contratti integrativi e/o dalla Regolamentazione aziendale per il personale (dipendenti, dirigenti, amministratori e soci) dell'Impresa a lei associata;
- il Contraente, inoltre, si impegna a consegnare agli Assicurati designati nominativamente 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 della documentazione informativa, sollevando Fideuram Vita S.p.A. dalla responsabilità per ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile l'Art. 3 (Le limitazioni alla copertura assicurativa (esclusioni e periodo di carenza)), l'Art. 4 (La modalità di ingresso in assicurazione e gestione delle variazioni), l'Art. 6 (Le dichiarazioni inesatte e reticenti), l'Art. 8 (Denuncia di decesso e accertamento dell'invalidità), l'Art. 9 (I pagamenti della Compagnia e la documentazione richiesta), l'Art. 11 (Il Premio e la Modalità di Pagamento), l'Art. 13 (La sospensione e la riattivazione delle coperture assicurative) e l'Art. 17 (La designazione del Beneficiario) delle Condizioni di assicurazione della TCM o TCM e ITP Imprese - Polizza collettiva per Casse, Mutue e Enti assistenziali - codice prodotto 49.

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

Denominazione sociale dell'intermediario per il quale è svolta l'attività INTESA SANPAOLO INSURANCE AGENCY S.p.A.

Codice iscrizione RUI A000643188

Cognome dell'Agente.....

Nome dell'Agente.....

Codice iscrizione RUI dell'Agente..... Firma dell'Agente.....

Numero progressivo della proposta/.....

(codice agente/numero progressivo)

Il suddetto intermediario Intesa Sanpaolo Insurance Agency per il collocamento della polizza collettiva oggetto della presente proposta si è avvalso di un accordo di collaborazione orizzontale stipulato ai sensi dell'art. 2, comma 1°, lett. i) del Regolamento IVASS 40/2018, con altri intermediari iscritti alla sezione B del RUI (Broker assicurativi).