

TCM o TCM e ITP Dirigenti Polizza collettiva per le Aziende

**Temporaneo caso morte o Temporanea caso morte
e invalidità totale e permanente da malattia o infortunio in forma collettiva,
ad adesione obbligatoria, per Dirigenti di Impresa**

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

**Assicurazione temporanea caso morte
o caso morte e invalidità
totale e permanente da malattia o infortunio
in forma collettiva, ad adesione obbligatoria, per Dirigenti di Impresa
(codice prodotto 50 – tariffa 262 o241)**

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 262) o Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente da malattia o infortunio (tariffa 241) per Dirigenti di Impresa (di seguito anche "Polizza Collettiva"), nell'interesse dei propri Dirigenti, 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 Impresa.....
Codice Fiscale
Sede Legale (indirizzo completo)
.....
Indirizzo di recapito (da indicare solo se diverso dalla sede legale)
.....
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 262 (Temporanea Caso Morte)
- TARIFFA 241 (Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale Permanente da malattia o infortunio)

BENEFICIARI

TARIFFA 262

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 e/o Accordi e/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 241

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 e/o Accordi e/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 262) o in caso di decesso o invalidità totale e permanente da malattia o infortunio, (tariffa 241), 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.

Le prestazioni assicurate vengono erogate 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 del Contraente e dell'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 IT76G0306912711100000019531.

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 Dirigenti - Polizza collettiva per le Aziende nell'interesse dei propri Dirigenti, 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 proprio personale dirigente ha il domicilio in Italia;**
- **dichiara di essere a conoscenza che l'entrata in vigore 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 alla Regolamentazione aziendale per il proprio personale Dirigente;**
- **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 Dirigenti - Polizza collettiva per le Aziende - codice prodotto 50.

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).