

FIDEURAM VITA GARANZIA E VALORE PIÙ

**PRODOTTO D'INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI RAMO I
A CAPITALE RIVALUTABILE
NELLA FORMA "VITA INTERA A PRÉMIO 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: 13/07/2026

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**

Luogo Data

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. RX0T1CN01 - FV1U8 - Ed. 07/2026 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 CAP PROVINCIA

Nazione (se estera)

(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 finanziaria)

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

Sesso ☐ Tipo relazione (A) ☐ Data di nascita 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, comprensivo del Bonus calcolato sul premio unico versato come indicato nelle condizioni di assicurazione.

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE €

Nel caso in cui il Contraente è una Persona Giuridica: il Contraente è esercente attività d'impresa? Sì ☐ No ☐

PREMIO

PREMIO UNICO per un totale di €

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 nascituri 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 revoke 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 beneficiario 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		Nome	
-------------------------	--	------	--

[illegible][illegible]Indirizzo CAP PROVINCIA

Località Nazione (se estera)

indirizzo e-mail

Beneficiario n. 2 % DEL CAPITALE

Cognome o denominazione		Nome	
-------------------------	--	------	--

[illegible]

Codice fiscale Nazione di nascita
(se estera)

Indirizzo CAP PROVINCIA

Località Nazione (se estera)

indirizzo _____
e-mail _____

Beneficiario n. 3 % DEL CAPITALE □□□□,□□

Cognome o denominazione		Nome	
-------------------------	--	------	--

[illegible][illegible]

Indirizzo CAP PROVINCIA

Località Nazione (se estera)

indirizzo e-mail

Beneficiario n. 4

% DEL CAPITALE

Cognome o denominazione		Nome	
Sesso	Tipo relazione ☐ (B) ☐ (C)	Data di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale	Nazione di nascita (se estera)		
Indirizzo		CAP	PROVINCIA
Località		Nazione (se estera)	
Indirizzo e-mail			

Beneficiario n. 5

% DEL CAPITALE ,

Cognome o denominazione		Nome	
Sesso	Tipo relazione	Data di nascita	Comune di nascita
☐ ☐	☐ ☐ (B) (C)		
Codice fiscale	Nazione di nascita (se estera)		
Indirizzo	CAP	PROVINCIA	
Località	Nazione (se estera)		
Indirizzo e-mail			

Beneficiario n. 6

% DEL CAPITALE

Cognome o denominazione		Nome	
Sesso ☐	Tipo relazione ☐ ☐	Data di nascita	Comune di nascita
		(B) (C)	
Codice fiscale		Nazione di nascita (se estera)	
Indirizzo		CAP	PROVINCIA
Località		Nazione (se estera)	
Indirizzo e-mail			

Beneficiario n. 7

% DEL CAPITALE

Cognome o denominazione		Nome	
Sesso	Tipo relazione	Data di nascita	Comune di nascita
☐ ☐	☐ ☐ (B) (C)		
Codice fiscale	Nazione di nascita (se estera)		
Indirizzo	CAP	PROVINCIA	
Località	Nazione (se estera)		
Indirizzo e-mail			

Referente Terzo cui l'Impresa può fare riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata

Cognome		Nome	
Codice fiscale			
Indirizzo		CAP	
		PROVINCIA	
Località		Nazione (se estera)	
indirizzo e-mail			

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI

DICHIARAZIONE RAPPORTI PARTECIPATIVI

(in caso di persona fisica o persona giuridica)

Il sottoscritto Contraente dichiara di avere legami di parentela e/o di natura societaria con altri soggetti (rapporti di coniugio, unione civile e convivenza di fatto, di parentela entro il secondo grado, fattispecie di controllo societario, diretto e indiretto o collegamento societario, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile) che hanno in essere contratti abbinati alla Gestione Separata collegata al contratto, sui quali sono stati versati "premi attivi" che, sommati al presente versamento, superano complessivamente l'importo di 20.000.000 Euro:

Si ☐ No ☐

N.B.: Per premio attivo si intende il valore complessivo dei versamenti effettuati (premi iniziali, versamenti aggiuntivi successivi e trasferimenti in entrata-switch) su tutti i contratti in vigore afferenti a un medesimo contraente (o a più contraenti collegati tra di loro, anche per effetto di rapporti partecipativi) nella Gestione Separata "FONDO FV VIVADUE", al netto dei disinvestimenti dalla stessa Gestione Separata per: riscatti (totali o parziali); conversioni in rendita; scadenze o sinistri e trasferimenti in uscita-switch.

In caso affermativo allega alla presente proposta la **Dichiarazione di rapporti partecipativi**

MODALITÀ DI PAGAMENTO UNICO (COMPILARE SOLO LE SEZIONI RELATIVE ALLE MODALITÀ SCELTE)

ADDEBITI SUI C/C PRESSO FIDEURAM S.p.A.

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			032	9601	601										
IT			032	96											
COD. PAESE	CIN IBAN	CIN	CODICE ABI		CAB	NUMERO CONTO CORRENTE									

(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

A. TOTALE ADDEBITI

IMPORTO EURO											

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

B. TOTALE ADDEBITI

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)

TOTALE A + B

TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI

TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP, prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa.

Inoltre, apponendo la mia firma in calce al presente Modulo di proposta, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui all'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella stessa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

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

da compilare in caso di sottoscrittore persona fisica

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP, con riferimento al trattamento per le finalità promo-commerciali:

al trattamento dei miei Dati Personali a fini di informazione commerciale, offerte dirette, indagini di mercato o di customer satisfaction relative a prodotti e servizi della Società e di Società del Gruppo Intesa Sanpaolo:

☐ presto il consenso ☐ nego il consenso

alla comunicazione dei miei Dati Personali ad altre Società del Gruppo Intesa Sanpaolo (quali Assicurazioni, Banche, SIM, SGR), per lo svolgimento da parte loro di attività funzionali alla promozione e vendita di prodotti e/o servizi e di indagini di mercato, di customer satisfaction e di comunicazione commerciale:

☐ presto il consenso ☐ nego il consenso

FIRMA DEL CONTRAENTE o del Rappresentante Legale in caso di persona incapace di agire

da compilare in caso di sottoscrittore persona giuridica

Con riferimento all'informativa nei confronti delle persone giuridiche, enti e associazioni consegnata da Fideuram Vita S.p.A., contenuta nel DIP Aggiuntivo IBIP:

☐ presto il consenso ☐ nego il consenso

all'uso di sistemi automatizzati di chiamata o di comunicazione di chiamata senza operatore e di comunicazioni elettroniche (posta elettronica, telefax, SMS, MMS o di altro tipo) per lo svolgimento di attività promozionali o il compimento di ricerche di mercato nei nostri controlli.

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETÀ

DICHIARAZIONI E FIRME DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal cliente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (articoli 1892 e 1893 del codice civile). È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

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 PIÙ, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Allegato I "Regolamento della Gestione Separata a FONDO FV VIVADUE, Mod. RX0T1CN01 - FV1U8 - Ed. 07/2026. Dichiaro 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
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;
- 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 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**

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.

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.

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. 3 (La designazione dei Beneficiari), l'art. 12 (Il pagamento dei premi e i costi in ingresso e Bonus d'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.

FIRMA DEL CONTRAENTE

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 T.F.A.

Codice Consulente Finanziario

Codice Consulente Finanziario SPLIT

% SPLIT

Cognome e Nome T.F.A.

Cognome e Nome del Consulente

Cognome e Nome del Consulente

FIRMA T.F.A.

Firma del Consulente Finanziario

Firma del Consulente Finanziario SPLIT

**Il consulente finanziario è un professionista della consulenza finanziaria, previdenziale e assicurativa
iscritto all'Albo Unico dei Consulenti finanziari.**

Consegnato in triplice copia (una per Fideuram Vita S.p.A./Fideuram S.p.A., una per il Consulente Finanziario e una per il Cliente)