

## MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 31/10/2019

# Fideuram Vita Insieme Premium 4 + 4

**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 informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP), le Condizioni di assicurazione comprensive degli Allegati e il Documento contenente le informazioni chiave per i prodotti d'investimento assicurativi (KID).**

**Il modulo di proposta trasmesso per via telematica contiene le stesse informazioni del modulo cartaceo.**

**Il contratto non è in coassicurazione.**



**FONDI INTERNI**

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1 <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
2 <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
3 <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
4 <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
5 <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
<b>Totale Fondi interni:</b>		<input type="text"/> %

**FONDI ESTERNI**

In ogni FONDO ESTERNO non può essere destinato meno di € 500.

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
6 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
7 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
8 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
9 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
11 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
12 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
13 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
14 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
15 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
16 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
17 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
18 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
19 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> %
<b>Totale Fondi esterni:</b>			<input type="text"/> %
<b>Totale complessivo:</b>			<b>1 0 0</b> %

**DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE**

(barrare l'opzione scelta)

**E**  gli eredi testamentari dell'Assicurato, o in mancanza gli eredi legittimi, 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)  **N.B.** In caso di un numero di Beneficiari maggiore di 2 utilizzare anche il modulo "DESIGNAZIONE BENEFICIARIA"

**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 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 ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

(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 O PARTITA IVA

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 O PARTITA IVA

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

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

COGNOME

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITÀ

INDIRIZZO E-MAIL

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

**ULTERIORI DATI CONTRATTUALI**

Classe di Bonus (CB) **E**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**  
**ASSEGNI BANCARI O CIRCOLARI**

Il Contraente allega alla presente proposta di assicurazione:  
— assegni bancari emessi dal Contraente all'ordine **Fideuram Vita S.p.A. - NON TRASFERIBILI**;  
— assegni circolari girati dal Contraente all'ordine **Fideuram Vita S.p.A. - NON TRASFERIBILI**.

SPECIE DEL TITOLO (*)	CODICE ABI	CAB	NUMERO COMPLETO DELL'ASSEGNO	IMPORTO EURO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>A. TOTALE ASSEGNI</b>				<input type="text"/>

(\*) AB = Assegno bancario; AC = Assegno circolare

**GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM S.p.A. E DA POLIZZE IN SCADENZA DI FIDEURAM VITA S.p.A.**

Il Contraente, in quanto Mandante/Contraente avente titolo ad operare sui contratti richiamati nel presente riquadro, richiede le liquidazioni con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo controvalore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione.

CODICE CONTRATTO DA LIQUIDARE	CODICE COMPARTIMENTO	TIPO LIQUIDAZIONE (P = PARZIALE T = TOTALE)	IMPORTO DA LIQUIDARE EURO (**)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B. TOTALE GIROFONDI</b>			<input type="text"/>

(\*\*) In caso di liquidazioni totali, tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della quota/azione. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

**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				6010				0006			4
IT				032				96											
COD. PAESE	CIN	IBAN	CIN	CODICE ABI				CAB				NUMERO CONTO CORRENTE							

(codice IBAN rilevabile dall'Estretto di Conto Corrente)

**C. 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'Estretto di Conto Corrente)

**D. TOTALE ADDEBITI**

IMPORTO EURO																				
												,								
												,								
												,								

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**

												,								
												,								
												,								

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

**TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI**

**TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO**

**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: le Condizioni di assicurazione Mod. RB2CN13 - 934 - Ed. 10/2019, comprensive dei relativi Allegati, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e la vigente versione del "Documento contenente le informazioni chiave", con il relativo Allegato in cui sono descritte le singole opzioni di investimento di Fideuram Vita Insieme Premium 4+4. Dichiaro inoltre di aver preso visione dei Regolamenti degli OICR/Statuto delle SICAV disponibili sul sito internet delle rispettive società emittenti;**

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.
Girofondo	Giorno in cui la Società di Gestione del Fondo mette a disposizione di Fideuram Vita S.p.A. l'importo liquidato, ovvero giorno di valuta della liquidazione del contratto assicurativo
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;
- dispone che in caso di suo decesso la contraenza passi in capo all'Assicurato;
- 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.

D) dichiara inoltre di voler ricevere le comunicazioni in vigenza di contratto, salvo il diritto di modificare tale scelta in corso di contratto, 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](http://www.fideuramvita.it). Per i correntisti di Fideuram S.p.A. con servizio Fideuram On Line attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione del Fideuram On Line  **CARTACEA**

**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.)

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 8 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 14 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 16 (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

**FIRMA DEL CONTRAENTE**

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

**SPAZIO RISERVATO AL PRIVATE BANKER**

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.