



FIDEURAM  
VITA

## MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 03/03/2022

# Fideuram Vita Insieme Private

**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 contenente le informazioni chiave (GKID), i Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) delle opzioni di investimento prescelte, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP) e le Condizioni di assicurazione comprensive degli Allegati.**

**Il contratto non è in coassicurazione.**

**Fideuram Vita S.p.A.** Sede Legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma fideuramvita@pec.fideuramvita.it Capitale Sociale Euro 357.446.836 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 Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00175 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**



MODALITA' DI INVESTIMENTO

Linea di investimento: **P R**

Selezionare al massimo 40 FONDI INTERNI e/o FONDI ESTERNI. In ogni Fondo esterno non può essere destinato meno di € 500. L'investimento in ETF comporta l'applicazione di un costo di negoziazione come indicato nelle Condizioni di assicurazione e nel DIP aggiuntivo IBIP.

FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1		, %
2		, %
3		, %
4		, %
5		, %
6		, %
7		, %
8		, %
9		, %
10		, %
<b>Totale Fondi interni:</b>		, %

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
31			, %
32			, %
33			, %
34			, %
35			, %
36			, %
37			, %
38			, %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
39			, %
40			, %
<b>Totale Fondi esterni:</b>			, %
<b>Totale complessivo:</b>			1 0 0 , 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 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 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 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

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

NOME

SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

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 (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

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 (B) TIPO RELAZIONE (C)

Data di nascita

giorno | mese | anno

COMUNE DI NASCITA

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 E ALLEGATI****TRASFORMAZIONE DI POLIZZA DELLA FAMIGLIA FIDEURAM VITA INSIEME**

Codice Contratto di trasformazione

Numero Scheda di trasformazione

Disponibilità trasferita

€

**N.B.** Allegare obbligatoriamente al modulo di proposta il "Documento informativo di confronto per le operazioni di trasformazione" debitamente sottoscritto dal Contraente. Il documento informativo è stato debitamente sottoscritto dal Contraente almeno 7 giorni prima della sottoscrizione del modulo di proposta. L'importo effettivamente trasferito potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 20%.

**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
0				
0				
0				
<b>A. TOTALE ASSEGNI</b>				

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

