

PRODOTTI CODICE L02

Nome prodotto: _____

Luogo _____

Data _____

Numero Contratto

Il sottoscritto _____

(cognome e nome/ragione sociale)

Codice Fiscale

, nella sua qualità di Contraente, in base a quanto previsto nelle Condizioni di assicurazione regolanti il contratto sopra richiamato, richiede di convertire il capitale maturato in una rendita _____ ;

(Indicare la tipologia di rendita prescelta) da corrispondere al Beneficiario, in rate _____ (indicare se anticipate o posticipate) con la cadenza sotto prescelta.

Frequenza della rata: Annuale A ☐ Semestrale S ☐ Trimestrale T ☐ Mensile M ☐

BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE

(Da compilare obbligatoriamente anche se il Beneficiario della prestazione coincide con il Contraente o l'Assicurato)

Cognome o Denominazione sociale _____ Nome _____

(compilare solo in caso di beneficiario persona fisica)

Sesso ☐ M ☐ F

(compilare solo in caso di beneficiario persona fisica)

Tipo Relazione (A) ☐ Tipo Relazione (B) ☐ Tipo Relazione (C) ☐

Data di nascita ____/____/____

(compilare solo in caso di beneficiario persona fisica)

Luogo di nascita _____ Prov. _____

(compilare solo in caso di beneficiario persona fisica)

Nazione _____

(compilare solo in caso di beneficiario persona fisica)

Cod. fiscale _____

Indirizzo _____

(di residenza se beneficiario persona fisica o della sede legale se beneficiario persona giuridica)

Città _____ Prov. _____ CAP _____ Nazione _____

Indirizzo di corrispondenza _____

(se diverso dall'indirizzo sopra indicato)

Città _____ Prov. _____ CAP _____ Nazione _____

(A) Indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario ed il Contraente solo se il Beneficiario non coincide con il Contraente:

1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro;

(B) Indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Beneficiario e l'Assicurato solo se il Beneficiario non coincide con l'Assicurato:

1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro;

(C) Indicare il tipo di relazione intercorrente tra il Contraente e l'Assicurato solo se il Contraente non coincide con l'Assicurato:

1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

ALLEGATI

- A6** ☐ Nel caso in cui il Beneficiario sia una persona giuridica: il Beneficiario è esercente attività d'impresa ? **SI** ☐ **NO** ☐

N.B. La Compagnia, per situazioni particolari, si riserva di chiedere ulteriori documenti ad integrazione di quella sopra indicata

DICHIARAZIONI E IMPEGNO

Il sottoscritto Contraente:

- A) dichiara di aver ricevuto per il tramite dell'intermediario, letto attentamente e quindi accettato in ogni sua parte la vigente versione delle Condizioni contrattuali dell'opzione di rendita prescelta;**
- B) si impegna a consegnare al Beneficiario copia dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali che li riguardano ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, allegata al presente modulo, sollevando Fideuram Vita S.p.A. dalla responsabilità per ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.**

MODALITA' DI PAGAMENTO

Importo derivante dalla liquidazione del capitale deve essere corrisposto secondo la seguente modalità:

Bonifico sul Conto Corrente bancario intestato al Beneficiario

Conto corrente - IBAN (rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

IT COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

_____ NOME BANCA

FIRME

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

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

FIRMA DELL'ASSICURATO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)
O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO (SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)
O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE

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

COPIA PER:

☐ FIDEURAM VITA S.p.A.

☐ CLIENTE