

MODULO DI PROPOSTA Sanpaolo Invest In Persona

Data di validità del Modulo di proposta: dal 2 dicembre 2019

spazio riservato a Eurovita S.p.A.

KE

Proposta di assicurazione n.°

Luogo e data di sottoscrizione

Nel caso siano previste modalità di proposta tramite Internet, il Modulo di proposta contiene le medesime informazioni di quello cartaceo.

CONTRAENTE

CODICE FISCALE
O PARTITA IVACOGNOME O
DENOMINAZIONE
SOCIALE*

NOME

SCHEDA DI CENSIMENTO ANAGRAFICO

Barrare la casella, se allegata

(*) In caso di persona giuridica, allegare copia del documento d'identità e del codice fiscale del rappresentante legale

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA/DOMICILIO DEL CONTRAENTE (se diverso dalla residenza)

INDIRIZZO

LOCALITA'

NAZIONE
(se estera)

CAP

PROVINCIA

da compilare nel caso si desideri che la corrispondenza venga inviata al CONTRAENTE PRESSO il nominativo di seguito riportato, restando esclusa la possibilità di domiciliazione della corrispondenza presso il Private Banker

NOMINATIVO O DENOMINAZIONE

ASSICURATO

Riportare solo la parola "Contraente" nel campo Cognome se coincide con il Contraente ovvero compilare per intero se l'Assicurato non coincide con il Contraente.

Cognome

Nome

Sesso

Tipo relazione (A)

DATA DI NASCITA

giorno mese anno

Comune di nascita

Nazione di nascita (se estera)

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

LOCALITA'

CAP

PROVINCIA

NAZIONE
(se estera)

(A) Indicare il tipo relazione intercorrente tra il Contraente e l'Assicurato: 1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso, ecc), 4=altro.

BENEFICIARI

In caso di decesso dell'Assicurato:

Beneficiario 1

Cognome e Nome

%

Sesso

Tipo relazione (B)

Tipo relazione (C)

Luogo di nascita/ costituzione Società

Data di nascita/
costituzione Società

giorno mese anno

Codice fiscale/Partita IVA

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

E-mail

Sanpaolo Invest In Persona

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Beneficiario 2

Cognome e Nome	%	Sesso	Tipo relazione (B)	Tipo relazione (C)
Luogo di nascita/costituzione Società	Data di nascita/ costituzione Società	giorno mese anno	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo di residenza	Comune	C.A.P.	Prov.	
Telefono	E-mail			

Beneficiario 3

Cognome e Nome	%	Sesso	Tipo relazione (B)	Tipo relazione (C)
Luogo di nascita/costituzione Società	Data di nascita/ costituzione Società	giorno mese anno	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo di residenza	Comune	C.A.P.	Prov.	
Telefono	E-mail			

Beneficiario 4

Cognome e Nome	%	Sesso	Tipo relazione (B)	Tipo relazione (C)
Luogo di nascita/costituzione Società	Data di nascita/ costituzione Società	giorno mese anno	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo di residenza	Comune	C.A.P.	Prov.	
Telefono	E-mail			

Beneficiario 5

Cognome e Nome	%	Sesso	Tipo relazione (B)	Tipo relazione (C)
Luogo di nascita/costituzione Società	Data di nascita/ costituzione Società	giorno mese anno	Codice fiscale/Partita IVA	
Indirizzo di residenza	Comune	C.A.P.	Prov.	
Telefono	E-mail			

- Oppure
- (E) ☐ Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi, in parti uguali
- (N) ☐ Il coniuge ed i figli nati e natiuri dell'Assicurato alla data del decesso, in parti uguali
- (C) ☐ Il coniuge dell'Assicurato alla data del decesso
- (G) ☐ I genitori dell'Assicurato in parti uguali o il superstite per intero
- (F) ☐ I figli dell'Assicurato nati e natiuri in parti uguali
- (S) ☐ Altri, come sopra specificato

Avvertenze:

In caso di mancata indicazione dei singoli Beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o la revoca del Beneficiario deve essere comunicata all'impresa.

(B) Indicare il tipo relazione intercorrente tra il Beneficiario e il Contraente: 1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso, ecc), 4=altro.

(C) Se l'Assicurato non coincide con il Contraente indicare il tipo di relazione intercorrente tra Beneficiario e Assicurato: 1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso, ecc), 4=altro.

Sanpaolo Invest In Persona

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

Da compilare facoltativamente:

Il Contraente, per particolari esigenze di riservatezza, richiede all'impresa di far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato a:

Cognome e Nome

Indirizzo di residenza

Comune

C.A.P.

Prov.

Telefono

E-mail

SCELTA D'INVESTIMENTO

Il Contraente potrà scegliere un massimo di 40 fondi tra quelli elencati nell'Allegato alle Condizioni di Assicurazione. **Inserire la percentuale (senza decimali) di premio che si desidera destinare ad ogni singolo fondo. Nel caso di adesione al servizio opzionale e aggiuntivo Programma Periodico di Investimento, inserire i fondi componenti l'asset di destinazione.**

[illegible]

minimo 1% del premio versato per fondo e comunque minimo Euro 500 per fondo

Totale

100%

SERVIZI OPZIONALI PROGRAMMA STOP LOSS E PROGRAMMA PERIODICO DI INVESTIMENTO (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel solo caso in cui il Contraente decida di aderire esclusivamente ad uno dei seguenti servizi opzionali:

Il Programma Stop Loss e il Programma Periodico di Investimento sono alternativi tra loro e non è quindi possibile barrare entrambe le opzioni

PROGRAMMA STOP LOSS

Il Contraente aderisce al *Programma Stop Loss* e richiede di fissare il livello di Stop Loss nella seguente percentuale: ☐ 5% ☐ 10%

☐ 5%☐ 10%

Sanpaolo Invest In Persona

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

☐ **PROGRAMMA STOP LOSS
(CON PROGRAMMA
PERIODICO DI INVESTIMENTO)**

Il Contraente aderisce al Programma Stop Loss con Programma Periodico di Investimento e richiede di fissare il livello di Stop Loss nella seguente percentuale: ☐ 5% ☐ 10%

Nel caso in cui sia raggiunto il livello di Stop Loss sopra indicato, sarà attivato automaticamente un Programma Periodico di Investimento con le seguenti caratteristiche:

frequenza☐ settimanale☐ mensile**durata**☐ 1 mese ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi☐ 6 mesi ☐ 12 mesi ☐ 24 mesi

asset di destinazione: corrisponderà alla scelta di investimento effettuata dal Contraente nell'ultima operazione di switch eseguita prima del trasferimento in Linea Liquidità, o, in assenza di tale operazione, con quella indicata al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta.

☐ **PROGRAMMA
PERIODICO DI INVESTIMENTO**

Il Contraente aderisce al Programma Periodico di Investimento, con le seguenti caratteristiche:

frequenza☐ settimanale☐ mensile**durata**☐ 1 mese ☐ 6 mesi ☐ 12 mesi☐ 6 mesi ☐ 12 mesi ☐ 24 mesi

asset di destinazione: si rinvia alla sezione "Scelta d'investimento"

L'adesione comporta che il premio unico iniziale sia investito alla data di decorrenza del contratto nei fondi componenti la Linea Liquidità.

SERVIZIO OPZIONALE PROGRAMMA DI RIBILANCIAMENTO AUTOMATICO (ADESIONE FACOLTATIVA)

Compilare nel caso in cui il Contraente decida di aderire al seguente servizio opzionale:

☐ **PROGRAMMA DI RIBILANCIAMENTO AUTOMATICO**

Il Contraente aderisce al Programma di Ribilanciamento Automatico

Programma Stop Loss, Programma Periodico di Investimento e Programma di Ribilanciamento Automatico sono regolati dall'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione ed il costo è previsto all'art. 21.

SCELTA MODALITÀ DI APPLICAZIONE DEI COSTI

Barrare la modalità di applicazione dei costi scelta dal Contraente, tra le due modalità previste dall'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione:

(S) ☐ modalità "Classe Short"

(L) ☐ modalità "Classe Long"

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI

Classe di Patrimonio Potenziale ☐ (riportare la lettera di Classe scelta)

PREMIO UNICO

Tot. premio Euro

(minimo Euro 100.000 massimo Euro 1.999.999,99)

Il pagamento del premio alla firma si intende effettuato dal Contraente.

Costo fisso per spese di emissione pari a Euro 60,00 prelevato dal premio unico iniziale

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO/DECORRENZA DEL CONTRATTO

compilare la sezione relativamente al mezzo di pagamento utilizzato. **E' previsto l'utilizzo di un unico mezzo di pagamento. Non è ammesso il pagamento in contanti.**

ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE

Assegno bancario o circolare emesso dal Contraente all'ordine Eurovita S.p.A. - NON TRASFERIBILE

Specie del Titolo (*)	Codice ABI	CAB	Numero completo dell'assegno	Emesso dall' intestatario numero	Importo (in Euro)

(*) AB= Assegno Bancario
AC= Assegno circolare

ADDEBITO SUL C/C PRESSO FIDEURAM S.p.A.

Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	CAB	Numero conto corrente	Importo (in Euro)
IT			03296			

Il Contraente in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente richiamati nel presente riquadro, autorizza l'addebito a favore di Eurovita S.p.A. e dispone che il relativo importo sia utilizzato per il presente investimento

BONIFICO DA ALTRE BANCHE

Disposto dal Contraente a favore di Eurovita S.p.A. sul c/c n. 66/326590 ABI 03296 CAB 01601 IBAN IT 92 K 03296 01601 000066326590 presso FIDEURAM S.p.A. e dispone che il relativo importo sia utilizzato per il presente investimento

Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	CAB	Numero conto corrente	Importo (in Euro)
IT			0			

Il contratto decorre e produce gli effetti il primo giorno lavorativo successivo al giorno di disponibilità del premio da parte dell'Impresa, sempreché l'Impresa abbia accettato la proposta di assicurazione, sulla base dei seguenti giorni di valuta:

- Assegno circolare/bancario: 3 giorni dal ricevimento;
- Bonifico/Addebito in c/c presso la Società distributrice: il giorno di ricevimento di notifica certa di avvenuto accredito o disponibilità.

Sanpaolo Invest In Persona

Proposta di assicurazione n.°

Cognome e Nome Contraente

DICHIARAZIONE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto gratuitamente i seguenti documenti, componenti il set informativo:

- il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, in tempo utile per poterne valutare il contenuto;
- il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP);
- le Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario.

Firma del Contraente

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può revocare la proposta fino al momento in cui il contratto non è concluso, inviando una comunicazione tramite raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Eurovita S.p.A. provvede a restituire al Contraente il premio eventualmente già pagato.

Ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso. La richiesta di recesso deve pervenire ad Eurovita S.p.A. mediante raccomandata A.R. ad Eurovita S.p.A., Via Fra' Riccardo Pampuri, 13 - 20141 Milano. Dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso il Contraente e Eurovita S.p.A. sono liberati dalle obbligazioni derivanti dal contratto di polizza. Eurovita S.p.A., entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente un valore calcolato secondo i criteri e le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONE

Da non sottoscrivere in caso di utilizzo della "web collaboration" e della firma elettronica avanzata di Sanpaolo Invest

Con riferimento alla consegna gratuita del set informativo (il Documento contenente le informazioni chiave (KID) incluse le informazioni specifiche sulle singole opzioni di investimento, il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario) il Contraente, reso edotto della possibilità di ricevere il medesimo anche su supporto duraturo non cartaceo, dichiara di essersi avvalso di tale possibilità e di aver ricevuto pertanto, prima del perfezionamento dell'operazione, la predetta documentazione su supporto informatico duraturo non cartaceo.

Firma del Contraente

Con riferimento alle comunicazioni in corso di contratto, il Contraente, registrandosi all'Area web riservata ai Clienti, ha la facoltà di scegliere di ricevere in formato elettronico le comunicazioni relative ai rapporti di polizza da lui intrattenuti con l'Impresa. L'Informativa relativa all'Area web riservata ai Clienti è consegnata al Contraente unitamente alle Condizioni di Assicurazione. In caso contrario, l'Impresa invierà al Contraente le comunicazioni in corso di contratto in formato cartaceo.

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se persona diversa dal Contraente)

Firma del Private Banker*

Timbro e Firma
della Società distributrice

* Firma del Private Banker, facente fede della corretta compilazione del Modulo di sottoscrizione della proposta e dell'identificazione personale del firmatario, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

Spazio riservato al Private Banker

CODICE T.F.A.

CODICE PRIVATE BANKER

CODICE PRIVATE BANKER SPLIT

Cognome e Nome T.F.A.

Cognome e Nome del Private Banker

Cognome e Nome del Private Banker Split

Firma del Private Banker

Firma del Private Banker Split

facente fede dell'identificazione personale dei firmatari del presente Modulo