

## MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 30/12/2020

# Fideuram Vita Insieme Premium

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

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

**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**



FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1		%
2		%
3		%
4		%
5		%
<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			%
<b>Totale Fondi esterni:</b>			%
<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 natiuri, 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

**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

**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

**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

**Beneficiario n. 5** % 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)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

NOME

COMUNE DI NASCITA

NAZIONE DI NASCITA (se estera)

CAP

PROVINCIA

NAZIONE (se estera)

**Beneficiario n. 6**

% 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. 7**

% 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)

**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 **F** (corrispondente ad un Bonus del 3%)

**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

**GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM 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 (**)
<b>B. TOTALE GIROFONDI</b>			

(\*\*) 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.

