

**MODULO DI PROPOSTA**

## **Fideuram Vita Sintonia**

**POLIZZA INDIVIDUALE MULTIRAMO  
NELLA FORMA "VITA INTERA A PREMIO UNICO"**

**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 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.**

**DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 30.12.2020**

R F

Luogo \_\_\_\_\_

Data 

giorno	mese	anno

Il sottoscritto Contraente, le cui generalità sono riportate di seguito, propone alla Fideuram Vita S.p.A. la presente assicurazione sulla vita alle condizioni riportate nelle Condizioni di assicurazione Mod. RFCN06 - 601 - Ed. 07/2020 comprensive degli Allegati e nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP).

**INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE**

CODICE FISCALE	
COGNOME O DENOMINAZIONE	
NOME	
INDIRIZZO E-MAIL	

**INDIRIZZO DI CONTRATTO**

(da compilare solo in caso si desideri che la corrispondenza relativa al presente contratto venga inviata al seguente indirizzo, diverso da quello che il **CONTRAENTE** ha già fornito come residenza)

INDIRIZZO	
LOCALITÀ	
NAZIONE (se estera)	
CAP	
PROVINCIA	

(da compilare nel caso si desideri che la corrispondenza venga inviata al **CONTRAENTE** ma **PRESSO** il nominativo di seguito riportato, restando esclusa la possibilità di domiciliazione della corrispondenza presso il *private banker*)

NOMINATIVO O DENOMINAZIONE	
----------------------------	--

**RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE**

(compilare obbligatoriamente in caso di **CONTRAENTE** persona giuridica o incapace di agire)

CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	

**GENERALITÀ DELL'ASSICURATO**

**ASSICURATO** (riportare solo la parola **Contraente** nel campo Cognome se coincidente con il Contraente ovvero compilare per intero se l'Assicurato non coincide con il Contraente)

COGNOME	
SESSO	
TIPO RELAZIONE (A)	
Data di nascita	giorno   mese   anno
NOME	
COMUNE DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
LOCALITÀ	
NAZIONE (se estera)	
CAP	
PROVINCIA	

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

**CONDIZIONI FACILITATE**

CODICE AZIENDA	QUALIFICA CONTRAENTE	ALLEGATO (*)
----------------	----------------------	--------------

(\*) È obbligatorio allegare la dichiarazione di possesso dei requisiti per la sottoscrizione del contratto a condizioni facilitate.

**PRESTAZIONI ASSICURATE**

In caso di morte dell'Assicurato, Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati un capitale determinato con le modalità riportate all'Art. 1 delle Condizioni di assicurazione.

**PREMIO**

<b>PREMIO UNICO</b> per un totale di €		(comprensivo dei caricamenti)
--	--	-------------------------------

Qualora il versamento avvenga attraverso girofondi l'importo del premio potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 10%.

**TIPOLOGIA INVESTIMENTO**

Il premio versato verrà investito nella Linea di investimento di seguito indicata (barrare una sola opzione). Il 25% del premio è investito nella Gestione Separata FONDO FVVIVADUE; il restante 75% in base ai Fondi di investimento indicati nell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI.

**Linea Non Protetta**

**NP**  **Linea Selezione**

N.B.: Compilare obbligatoriamente la Sezione "Fondi di Investimento" dell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

**Linea Protetta**

**MP**  **Linea Protezione 85 Percorso di Investimento Associato**

N.B.: È obbligatorio indicare la modalità in Rendicontazione On Line al punto D della Sezione "Dichiarazioni e firme del Contraente e dell'Assicurato" e compilare la Sezione "Fondi di Investimento" dell'ALLEGATO I - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

## 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 nati, 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; a pena 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

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. 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**

Classe di Patrimonio Potenziale (CPP)

**DICHIARAZIONE IN CASO DI CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA**

Il sottoscritto Contraente dichiara di essere a conoscenza dell'esistenza di contratti a prestazioni rivalutabili e/o Multiramo collegati alla gestione separata FONDO FV VIVADUE stipulati da Contraenti legati da rapporti partecipativi di tipo familiare e/o societario con il sottoscritto  no  si  .  
In caso affermativo allega alla presente proposta la DICHIARAZIONE DI RAPPORTI PARTECIPATIVI

**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.

**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	0329601601000064
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
COD. PAESE CIN IBAN	CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

(codice IBAN rilevabile dall'Estretto di Conto Corrente)

**D. TOTALE BONIFICI**

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****TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI****TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO**

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


**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: 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 Sintonia, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione Mod. RFCN06 - 601 - Ed. 07/2020, comprensive dei relativi Allegati. Dichiara 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.
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 nel corso della durata contrattuale 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, anche su specifica comunicazione, 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.)

**FIRMA DEL CONTRAENTE**

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

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 9 (I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta), l'art. 15 (La designazione dei Beneficiari) e l'art. 17 (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

**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.