



## MODULO DI PROPOSTA

Data di validità del Modulo di proposta: dal 09/11/2020

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

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

**Il contratto non è in coassicurazione.**

Luogo \_\_\_\_\_

Data 

giorno	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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. RVCN15 - 935 - Ed. 11/2020 comprensive degli Allegati e nel relativo 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 \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
SESSO \_\_\_\_\_ TIPO RELAZIONE (A) \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
LOCALITÀ \_\_\_\_\_  
(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.

**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**

**PREMIO UNICO** per un totale di € \_\_\_\_\_

Qualora il versamento avvenga attraverso girofondi l'importo del premio potrà risultare maggiorato o diminuito nella misura massima del 10% (o del 20% in caso di contratti assicurativi).

**SERVIZI ACCESSORI**

**D**  **Piano di Decumulo Finanziario** Il Contraente chiede l'attivazione ai sensi dell'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione attuato attraverso il disinvestimento delle quote dei fondi associati al contratto in base alla durata del piano

Durata del Piano:  10 anni Importo: \_\_\_\_\_ % del premio versato alla sottoscrizione (min 1% - max 8%)

Frequenza della rata: Annuale A  Semestrale S  Trimestrale T

Accredito su:

**B**  **Conto corrente categoria 64 presso Fideuram S.p.A.**

IT \_\_\_\_\_ 0329601601000064 \_\_\_\_\_  
COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE  
(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

**T**  **Conto corrente presso altra Banca intestato al Contraente**

IT \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_  
COD. PAESE CIN IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE  
(codice IBAN rilevabile dall'Estratto di Conto Corrente)

NOME BANCA \_\_\_\_\_

**R**  **Riallocazione Automatica**

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione come riportato all'Art. 5 delle Condizioni di assicurazione. L'operazione comporta il ribilanciamento semestrale ripartito in percentuale tra tutti i Fondi indicati nelle successive sezioni FONDI INTERNI e FONDI ESTERNI.

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>			<b>1 0 0</b> , <b>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 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

