

MODULO DI PROPOSTA

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

Fideuram Vita Insieme

**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**

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. RSCN23 - 930/933 - Ed. 12/2020 comprensive degli Allegati e nel Documento 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 _____ CAP _____ PROVINCIA _____
NAZIONE _____
(se estera)

(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) _____ giorno _____ mese _____ anno _____
COMUNE DI NASCITA _____
CODICE FISCALE _____ NAZIONE DI NASCITA (se estera) _____
INDIRIZZO _____ CAP _____ PROVINCIA _____
LOCALITÀ _____ NAZIONE (se estera) _____
(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.

U **PREMIO UNICO** **TIPOLOGIA DI CONTRATTO:** (barrare la casella che interessa) **P** **PREMIO RICORRENTE**

CONDIZIONI FACILITATE

CODICE AZIENDA _____ QUALIFICA CONTRAENTE _____ ALLEGATO (*)

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

PREMIO CONTRATTO A PREMIO UNICO

PREMIO UNICO per un totale di € _____, _____

CONTRATTO A PREMIO RICORRENTE

(è obbligatorio compilare la successiva sezione "Autorizzazione permanente di addebito in conto")

PIANO PROGRAMMATO DEI VERSAMENTI

Tipo rateazione (barrare l'opzione scelta) **Annuale A** **Semestrale S** **Trimestrale T** **Mensile M**
RATA PROGRAMMATA € _____, _____ (comprensiva dei costi) Numero programmato di annualità di premio _____
Valore del Piano Programmato dei Versamenti € _____, _____

PREMIO RICORRENTE VERSATO ALLA SOTTOSCRIZIONE

PREMIO RICORRENTE per un totale di € _____, _____ (comprensivo dei costi)

PREMIO UNICO AGGIUNTIVO (da compilare solo in presenza di un versamento aggiuntivo contestuale al premio ricorrente versato alla sottoscrizione)

PREMIO UNICO AGGIUNTIVO per un totale di € _____, _____ (comprensivo dei costi)

Qualora il premio versato alla sottoscrizione risultasse superiore alla RATA PROGRAMMATA indicare come **PREMIO RICORRENTE** la RATA PROGRAMMATA e la parte eccedente come **PREMIO UNICO AGGIUNTIVO** versato alla sottoscrizione del contratto.

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).

TIPOLOGIA INVESTIMENTO

Il premio versato e le disponibilità trasferite verranno investiti nelle Linee di investimento di seguito indicate. Per i contratti a premio ricorrente è consentito l'investimento in una sola linea tra quelle non protette.

LINEE DI INVESTIMENTO

Compilare obbligatoriamente l'ALLEGATO 1 - FONDI DI INVESTIMENTO E SERVIZI ACCESSORI

Linee non protette

MX **Linea Mix** con % fondi interni €

(min 30% max 100%)

FP **Linea MultiSelection** €

Linea protetta

CS80 **Linea My Blue Protection 80** €

Totale €

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

(barrare l'opzione scelta)

gli eredi testamentari dell'Assicurato, o in mancanza gli eredi legittimi, in parti uguali 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 revocate 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

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
SESSO TIPO RELAZIONE (B) TIPO RELAZIONE (C) Data di nascita
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
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
CAP PROVINCIA
NAZIONE (se estera)

ULTERIORI DATI CONTRATTUALI E ALLEGATI

Classe di Patrimonio Potenziale (CPP)

TRASFORMAZIONE DI POLIZZA

PRODOTTO 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.

ALTRI PRODOTTI UNIT LINKED

I codici dei contratti da trasformare sono indicati nella sezione "Modalità di pagamento" e si riferiscono agli allegati Documenti informativi di confronto per le operazioni di trasformazione debitamente sottoscritti dal Contraente almeno 7 giorni prima della sottoscrizione del modulo di proposta.

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADEBITO IN CONTO

SEZIONE OBBLIGATORIA PER I CONTRATTI SOTTOSCRITTI NELLA FORMA A PREMIO RICORRENTE

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

Qualora il c/c non sia intrattenuto presso Fideuram S.p.A. compilare anche il modulo SDD (Sepa Direct Debit). L'addebito delle rate è subordinato alla sussistenza dei fondi e comprenderà le eventuali spese e/o commissioni bancarie. L'addebito avverrà il 10 del mese di ricorrenza della rata.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

ASSEGNI BANCARI O CIRCOLARI

- 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.

Table with 5 columns: SPECIE DEL TITOLO (%), CODICE ABI, CAB, NUMERO COMPLETO DELL'ASSEGNO, IMPORTO EURO.

(*) AB = Assegno bancario; AC = Assegno circolare

A. TOTALE ASSEGNI

GIROFONDI DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM S.p.A. E DA POLIZZE DI FIDEURAM VITA 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.

Table with 4 columns: CODICE CONTRATTO DA LIQUIDARE, CODICE COMPARTIMENTO, TIPO LIQUIDAZIONE (P = PARZIALE, T = TOTALE), IMPORTO DA LIQUIDARE EURO (**).

(**) 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.

B. TOTALE GIROFONDI

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				032				96					01										
IT				032				96															
COD. PAESE				CIN				CODICE ABI				CAB				NUMERO CONTO CORRENTE							

(codice IBAN rilevabile dall' Estratto 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																		
IT				0																		
COD. PAESE				CIN				CODICE ABI				CAB				NUMERO CONTO CORRENTE						

(codice IBAN rilevabile dall' Estratto 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

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

TOTALE EVENTUALI DISTINTE SUPPLEMENTARI

TOTALE MEZZI DI PAGAMENTO

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 Insieme, la vigente versione del DIP aggiuntivo IBIP e le Condizioni di assicurazione, Mod. RSCN23 - 930/933 - Ed. 12/2020, comprensive dei relativi Allegati. Dichiaro 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, ovvero giorno di valuta della liquidazione del contratto assicurativo
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, nonché i costi di negoziazione sostenuti in riferimento all'investimento in ETF;**

— **dispone che in caso di suo decesso 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. 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.)

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'art. 9 (I pagamenti della Compagnia 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

FIRMA DEL CONTRAENTE

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

SPAZIO RISERVATO AL PRIVATE BANKER

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODICE T.F.A.	CODICE PRIVATE BANKER	CODICE PRIVATE BANKER SPLIT	% SPLIT

Cognome e Nome T.F.A.

FIRMA T.F.A.

Cognome e Nome del private banker

FIRMA DEL PRIVATE BANKER

Cognome e Nome del private banker Split

FIRMA DEL PRIVATE BANKER SPLIT

IL PRIVATE BANKER È UN PROFESSIONISTA DELLA CONSULENZA FINANZIARIA, PREVIDENZIALE E ASSICURATIVA ISCRITTO ALL'ALBO UNICO DEI CONSULENTI FINANZIARI.

Luogo _____

CODICE CONTRATTO NUMERO R S

Data
giorno mese anno

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

CODICE FISCALE
COGNOME O DENOMINAZIONE
NOME

L'Allegato 1 - Fondi di investimento e Servizi Accessori - deve essere allegato al modulo di proposta del contratto a cui si riferisce e di cui costituisce parte integrante. La selezione dei Fondi di investimento deve essere compilata obbligatoriamente per ogni Linea di investimento selezionata nel modulo di proposta.

SELEZIONE FONDI INVESTIMENTO

Al contratto possono essere associati al massimo complessivamente 30 FONDI ESTERNI per ogni linea di investimento.

LINEA MIX

Per la **Linea Mix** la percentuale dei Fondi Interni deve essere pari a quella selezionata nel modulo di proposta.

FONDI INTERNI

	Cod. Impresa	Denominazione	% investimento del premio
A	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
B	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
C	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
D	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
E	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
F	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
G	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
H	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
I	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
L	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
M	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
N	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
Totale Fondi interni:			<input type="text"/> , <input type="text"/> %

FONDI ESTERNI

	Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> , <input type="text"/> %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
Totale Fondi esterni:			, %
Totale complessivo:			1 0 0, 0 0 %

LINEA MULTISELECTION

Per la **Linea MultiSelection** almeno il 20% dei premi deve essere investito nei FONDI ESTERNI appartenenti alla "Selection Fideuram".

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %
23			, %
24			, %
25			, %
26			, %
27			, %
28			, %
29			, %
30			, %
Totale complessivo:			1 0 0,0 0 %

LINEA MY BLUE PROTECTION 80

Per la **Linea My Blue Protection 80** almeno il 20% dei premi deve essere investito nei **FONDI ESTERNI** appartenenti alla "Selection Fideuram".

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
1			, %
2			, %
3			, %
4			, %
5			, %
6			, %
7			, %
8			, %
9			, %
10			, %
11			, %
12			, %
13			, %
14			, %
15			, %
16			, %
17			, %
18			, %
19			, %
20			, %
21			, %
22			, %

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% investimento del premio
23			%, %
24			%, %
25			%, %
26			%, %
27			%, %
28			%, %
29			%, %
30			%, %
Totale complessivo:			1 0 0, 0 0 %

SERVIZI ACCESSORI

D Piano di Decumulo Finanziario (opzione attivabile solo su contratti a premio unico)

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione 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

Accreditato su:

B Conto corrente presso Fideuram S.p.A.

IT | | | | 032 9601 601 | | | | |
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

RV Riallocazione Guidata (opzione attivabile solo in caso di Rendicontazione On Line attiva)

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione come riportato all'Art. 7 delle Condizioni di assicurazione. L'operazione comporta l'investimento dei premi e il ribilanciamento del contratto secondo l'asset allocation del portafoglio prescelto.

Portafoglio Consigliato Linea Mix

Portafoglio Consigliato Linea MultiSelection

Portafoglio Consigliato Linea My Blue Protection 80

In caso di investimento su più linee, selezionare il portafoglio consigliato per ciascuna Linea di investimento su cui si vuole attivare il servizio

N.B. In caso di attivazione della Riallocazione Guidata è obbligatorio compilare la precedente sezione "SELEZIONE FONDI INVESTIMENTI" e richiedere, nel modulo di proposta, la "RENDICONTAZIONE ON LINE" al punto D) della sezione "Dichiarazioni e firme del Contraente e dell'Assicurato".

FIRMA DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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.