

MODULO DI PROPOSTA

Agenzia: _____

Codice [___]

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome (o ragione sociale): _____ Sesso: _____

Data di nascita/Costituzione: ___/___/___ Luogo di nascita/Costituzione _____ Prov.: _____

Cod. Fiscale (o partita iva): _____

Indirizzo di Residenza/Sede: _____ Cap: _____ Comune: _____ Prov.: _____

Tipo di documento: _____ Num. Di documento: _____ Data di rilascio: ___/___/___

Autorità di rilascio: _____ Località di rilascio: _____

DATI IDENTIFICATIVI DELL'EVENTUALE ESECUTORE PER CONTO DEL CONTRAENTE

Qualifica: Rappresentante legale Delegato Tutore

Cognome e Nome: _____ Sesso: _____

Data di nascita: ___/___/___ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____

Cod. Fiscale (o partita iva): _____

Indirizzo di Residenza : _____ Cap: _____ Comune: _____ Prov.: _____

Tipo di documento: _____ Num. Di documento: _____ Data di rilascio: ___/___/___

Autorità di rilascio: _____ Località di rilascio: _____

Relazione tra Contraente ed Esecutore:

- esecutore legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente;*
- esecutore legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare legame _____*
- altro legame. Specificare legame _____*

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURANDO (se diverso dal contraente)

Cognome e Nome: _____ Sesso: _____

Data di nascita: ___/___/___ Luogo di nascita: _____ Prov.: _____

Cod. Fiscale: _____

Indirizzo di Residenza : _____ Cap: _____ Comune: _____ Prov.: _____

Tipo di documento: _____ Num. Di documento: _____ Data di rilascio: ___/___/___

Autorità di rilascio: _____ Località di rilascio: _____

Ulteriori informazioni sull'Assicurato se riveste la qualifica di titolare effettivo in caso di contratto per conto altrui – ex art. 1891 c.c.

persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:

- Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità col Contraente
- Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare _____
- Altro legame. Specificare _____

BENEFICIARI

In caso di mancata indicazione del beneficiario nominativo, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'Impresa. In caso di morte dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a:

Cognome e Nome (o ragione sociale): _____

Data di nascita: ___/___/___ Cod. Fiscale (o partita iva): _____ % di beneficio _____

Recapito : _____ indirizzo mail: _____

escludere invio comunicazioni al beneficiario prima dell'evento

Cognome e Nome (o ragione sociale): _____

Data di nascita: ___/___/___ Cod. Fiscale (o partita iva): _____ % di beneficio _____

Recapito : _____ indirizzo mail: _____

escludere invio comunicazioni al beneficiario prima dell'evento

Beneficiario non nominativo _____

Qualora il Contraente lo desideri, compilando l'apposito modulo è possibile indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario, al quale la Compagnia farà riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

In caso di Beneficiari plurimi, si prega di consegnare l'elenco con i dati identificativi.

DATI DEL CONTRATTO

Decorrenza ___/___/___

Premo unico – Tar. 428A

PREMIO VERSATO:	_____	-
CARICAMENTO PER SPESE DI EMISSIONE	15 euro	=
PREMIO NETTO (capitale investito)	_____	

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

POLIZZA N. _____

PREMIO VERSATO: _____ -
 CARICAMENTO PER SPESE DI EMISSIONE 5,00 euro =
 PREMIO AGGIUNTIVO NETTO _____

FONDI INTERNI DI INVESTIMENTO

<i>Italiana Linea Stabile</i> (codice fondo interno 620)	<i>Italiana Linea Bilanciata Vivace</i> (codice fondo interno 656)	<i>Italiana Linea Bilanciata Aggressiva</i> (codice fondo interno 657)
_____ %	_____ %	_____ %

REVOCA DELLA PROPOSTA

Prima della data di entrata in vigore del Contratto, il contraente può revocare la Proposta di assicurazione tramite raccomandata A/R inviata a Italiana Assicurazioni S.p.A. ed in tal caso verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla revoca stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato.

DIRITTO DI RECESSO

Entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, l'investitore - contraente può, inviando una raccomandata A/R a Italiana Assicurazioni S.p.A., recedere dal contratto. Il recesso decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio ed ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del recesso, Italiana Assicurazioni S.p.A. rimborsa all'investitore - contraente il premio netto da questi corrisposto diminuito o aumentato dall'eventuale differenza tra il valore delle quote al 6° giorno lavorativo successivo alla data di ricezione del recesso ed il valore attribuito alla decorrenza.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio unico iniziale (e gli eventuali versamenti aggiuntivi) devono essere incassati tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente.

Attenzione: non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati.

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.

DICHIARO di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITA58664;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITADA58626;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITACC58626.

Luogo e data

Il Contraente

DICHIARO che i dati relativi al Contraente sono stati da me personalmente raccolti e di aver rilasciato copia della documentazione prevista dal Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (allegati 3 e 4).

DICHIARO altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA

Firma dell'Intermediario

DICHIARO:

- di aver preso visione del documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari devono attenersi (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018);

- di aver ricevuto copia della dichiarazione contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività dallo stesso svolta (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018)

Luogo e data

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

II CONTRAENTE

L'ASSICURATO

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.
L'Intermediario

Si dà quietanza, salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato, dell'importo di euro _____

L'Agente, il Procuratore o l'Esattore

_____, lì _____ Nome e Cognome _____ Firma _____

Il prodotto rientra nella normativa FATCA E CRS.