



# Open Multiasset

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO MULTIRAMO DETERMINATO DALLA COMBINAZIONE DI UN PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (RAMO I) E UN PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED (RAMO III).

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

## Open Multiasset

Tariffa ITA492FXA - ITA906FXA\_I - ITA906FXA\_E

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO 2 \_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO 3 \_\_\_\_\_CUC\* \_\_\_\_\_  
Cod. \_\_\_\_\_  
Subagenzia \_\_\_\_\_

## Dati identificativi del Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale	Data di nascita/Costituzione	Luogo di nascita/Costituzione		Sesso
_____	_____	_____		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Residenza / Sede		N.	
_____	_____		_____	
<input type="checkbox"/> Da barrare qualora l'indirizzo di corrispondenza/domicilio differisca dall'indirizzo di residenza. È necessario compilare l'apposito modulo; in mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza.				
Frazione (eventuale)	CAP	Comune	Prov.	
_____	_____	_____	_____	
Prefisso e telefono	Paese estero di residenza	Cittadinanza	Seconda Cittadinanza	
_____	_____	_____	_____	
Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale)	Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile)	È obbligatorio l'invio di un documento valido.		N. documento
_____	_____	_____		_____
Rilasciato da	Località di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza	
_____	_____	_____	_____	

## Dati identificativi dell'eventuale esecutore per conto del Contraente (da compilare nel caso di contratto stipulato da un esecutore per conto di terzi soggetti)

Qualifica: <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Tutore				
Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazionalità
_____	_____	_____	_____	_____
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____		
Comune	Prov.	CAP	Paese	Residenza ai fini Fiscali (1)
_____	_____	_____	_____	_____
Cittadinanza	Seconda Cittadinanza	Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile)	N. documento	
_____	_____	_____	_____	
Data di rilascio/rinnovo	Data di scadenza	Rilasciato da	Località di rilascio	
_____	_____	_____	_____	

## Assicurando (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Codice fiscale			
_____	_____			
Residenza	N.	CAP	Frazione / Comune	Prov.
_____	_____	_____	_____	_____
Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile)	N. documento	Data di rilascio/rinnovo	Data di scadenza	
_____	_____	_____	_____	
Rilasciato da	Località di rilascio			
_____	_____			

(1) Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA

Salvo eccezioni, ai fini della normativa FATCA si considera "residente fiscale negli Stati Uniti" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

- sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
- sia residente stabilmente negli USA;
- sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
- abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
  - 31 giorni nell'anno di riferimento e,
  - 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
    - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
    - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
    - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

\* Campo obbligatorio

Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta e intermedia il contratto si compone di 7 caratteri in questa maniera:

- Posizione 1 (Codice Collaboratore)
- Posizione 2 (Codice Compagnia): per Italiana Assicurazioni è '3'
- Posizione 3, 4, 5: Codice Agenziale
- Posizione 6-7: è il numero progressivo attribuito automaticamente dal sistema per ciascun codice intermediario

La formazione preventiva di prodotto è obbligatoria ai sensi dell'art 89 Reg. 40/18. I requisiti formativi vengono verificati tramite il codice CUC. In assenza i sistemi informatici non permettono il caricamento della proposta.

**Beneficiari** (si raccomanda di privilegiare la designazione nominativa)

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/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
1	_____	____/____/____	_____	_____
	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		
	Beneficiario in difetto del primo individuato _____			

Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
2	_____	____/____/____	_____	_____
	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		
	Beneficiario in difetto del secondo individuato _____			

Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
3	_____	____/____/____	_____	_____
	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		
	Beneficiario in difetto del terzo individuato _____			

Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
4	_____	____/____/____	_____	_____
	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		
	Beneficiario in difetto del quarto individuato _____			

Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
5	_____	____/____/____	_____	_____
	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		
	Beneficiario in difetto del quinto individuato _____			

Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa

Beneficiario non nominativo<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

In difetto del Beneficiario non nominativo designato in caso di decesso dell'Assicurato, l'importo liquidabile sarà corrisposto a:

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

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

**Referente terzo**

Cognome e nome/Ragione sociale		Data di nascita	Codice fiscale		
_____		____/____/____	_____		
Indirizzo	Località	CAP	Provincia	Indirizzo email	
_____	_____	_____	_____	_____	

<sup>(2)</sup> INDICARE I BENEFICIARI IN BASE AI RELATIVI CODICI:

Cod. 1 - L'Assicurato - Cod. 2 - Il Contraente - Cod. 3 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 4 - I figli nati e nascituri dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 5 - Il coniuge dell'Assicurato - Cod. 6 - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nascituri in parti uguali - Cod. 7 - I genitori dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 8 - Vincolo a favore di terzi (indicare nome e cognome o ragione sociale). Qualora nessuna di tali forme corrispondesse alle esigenze, indicare comunque cognome e nome dei beneficiari per esteso negli appositi spazi.



**Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando**

Io sottoscritto

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me rese anche se materialmente scritte da altri sono veritiere ed esatte, che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni di dati da me forniti;
- **PRENDO ATTO** che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazioni di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto;
- **PRENDO ATTO** che le informazioni incomplete o inesatte riportate sul presente modulo possono causare il differimento dell'investimento.

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

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

**Autocertificazione Trasparenza Fiscale**

- Il Contraente dichiara di "NON avere la residenza fiscale o la cittadinanza negli Stati Uniti ai fini FATCA".
- Il Contraente dichiara di NON avere la residenza fiscale o la cittadinanza in uno degli Stati aderenti al CRS (ad esclusione dell'Italia).
- Il Contraente dichiara di "avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa FATCA e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale\*.
- Il Contraente dichiara di avere la residenza fiscale o la cittadinanza in uno degli Stati aderenti al CRS (ad esclusione dell'Italia) ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa CRS e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale\*.

\*In tal caso il Contraente dichiara di aver compilato il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario.

Firma e/o timbro del Contraente

\_\_\_\_\_

**Spazio riservato all'Intermediario**

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento)

ritira:  Bonifico  Assegno bancario  Assegno Postale  Assegno circolare  Reinvestimento  Bancomat/Nota di credito

Intestato a:  Italiana Assicurazioni S.p.A  \_\_\_\_\_

dell'importo di Euro \_\_\_\_\_

BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO  BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN AGENZIA  BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN DIREZIONE

In caso di bonifico a favore di Italiana Assicurazioni, la causale\* è \_\_\_\_\_

Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_

- \* compilare la causale inserendo:  
 - C.F. del Contraente (16 caratteri) e Numero di Proposta (9 caratteri)  
 - P.IVA del Contraente (11 caratteri, Numero di Proposta (9 caratteri) e 5 "x".

**Ulteriori dichiarazioni**

**DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento contenente le informazioni chiave (KID comprensivo del Documento sulla Sostenibilità) Codice VITK70024;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70024;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70024.

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del 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.

**DICHIARO** altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA e CRS.

Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_

**DICHIARO:**

- di aver ricevuto e preso visione del documento riepilogativo "Informativa sul distributore" (allegato 3), del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo" (allegato 4-bis) e del documento "Elenco delle regole di comportamento del distributore" nel caso di offerta fuori sede o di vendita a distanza (Allegato 4-ter) 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)

\_\_\_\_\_

Al fine di consentire la corretta emissione del contratto sottoscritto, prima di inviare il documento in Società verificare che tutti i campi siano stati compilati e le firme richieste siano state raccolte.

La presente proposta è stata sottoscritta:

Luogo e data

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_





# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

[benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. VITPX70024 - ed. 05/2024



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

**COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A.** - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - [italiana@pec.italiana.it](mailto:italiana@pec.italiana.it) [www.italiana.it](http://www.italiana.it) - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - [benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it) - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.