



Azione Bonus

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

AZIONE BONUS

Tariffa ITA492HLX - ITA906HLX_E

INTERMEDIARIO _____ CODICE INTERMEDIARIO _____
FILIALE _____ CODICE FILIALE _____
N. PRATICA _____ CODICE PRODUTTORE _____

Dati identificativi del Contraente

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cognome e nome / Regione sociale | Data di nascita/Constituzione | Luogo di nascita/Constituzione | 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Indirizzo di residenza | |
| 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.

| Linee di investimento | Percentuale di premio della sola componente unit linked |
|-----------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTALE | 100% |

Se si tratta di reinvestimento indicare il numero di polizza in scadenza/scaduta: _____

Modalità di pagamento del premio

Il sottoscritto titolare del conto autorizza Banco di Desio e della Brianza ad addebitare sul proprio conto corrente l'importo del premio relativo al presente Contratto. IBAN: IT290344001607000000282800, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banco di Desio e della Brianza.

Fermo restando il mezzo di pagamento previsto sopra descritto, in ordine all'assegnazione del numero delle quote/azioni di OICR a seguito del versamento del premio, si precisa quanto segue:
 - la data di investimento del premio corrisponde alla prima Data di Valorizzazione di ciascun OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo, ovvero il giorno lavorativo in cui la Società ha ricevuto le informazioni contenute nel flusso relativo al medesimo modulo, debitamente sottoscritto e completato in ogni sua parte;
 - per gli OICR che necessitano di due giorni di operatività, la Data di Investimento del premio corrisponde alla seconda Data di Valorizzazione di ciascuno di questi OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo di Proposta ovvero del relativo flusso;
 - per gli OICR che necessitano di tre giorni di operatività, la Data di Investimento corrisponde alla terza Data di Valorizzazione di ciascuno di questi OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo di Proposta ovvero del relativo flusso.

Qualora il Contratto sia collegato contemporaneamente a OICR con Date di Investimento differenti, la conversione del Premio in quote di ciascun OICR sarà eseguita investendo ciascuna parte di premio nel rispetto della tempistica di investimento di ciascun OICR a cui è destinata. Relativamente alle tempistiche di investimento in ciascun OICR del Premio versato si rimanda alle date di operatività indicate nell'allegato 2 al Set Informativo.

Il contratto si ritiene concluso a partire dalle ore zero del "giorno di riferimento" dell'ultimo investimento effettuato, mentre l'eventuale copertura assicurativa diviene operante al momento del versamento del premio, il tutto sempreché la Società non abbia precedentemente comunicato per iscritto al Contraente, la mancata accettazione della proposta.

Importo _____ Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) _____

Revocabilità della proposta e diritto di recesso del Contraente ➔ Per le modalità di esercizio si rimanda alle Condizioni di Assicurazione

Scelta dei servizi opzionali attivabili (per maggiori informazioni si rimanda alle Condizioni di Assicurazione)

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

- Decumulo:** riconoscimento annuale di una percentuale pari al 3% del premio investito nelle componenti di ramo III (durata del piano 10 anni).
- Cedola:** riconoscimento annuale di una percentuale pari alla rivalutazione annua della Gestione Separata.

Indicare le coordinate IBAN del conto corrente intestato al Contraente, su cui accreditare l'importo: _____

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;
 • **DICHIARO** inoltre di accettare che la copia del documento contenente il set informativo comprensivo di eventuali Appendici, mi venga consegnata dall'Intermediario su supporto durevole in formato elettronico (es. CD-ROM, DVD, pen drive, ecc.) consapevole, in ogni caso, della possibilità di richiedere copia degli stessi documenti su supporto cartaceo.

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) _____ Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente) _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

- Il Contraente dichiara di **"NON avere** la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA";
- 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.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US) _____ Firma del Contraente _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: **SI** **NO** (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario) _____ Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) _____

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: **SI** **NO** (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
- è un'Istituzione Finanziaria, o
- il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

Firma dell'esecutore per conto del Contraente _____

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 VITK70065;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70065;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70065.

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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70121 - 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@pecitaliana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@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.