



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 _____
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
_____	_____	_____	☐ M ☐ F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Residenza / Sede	N.	
_____	_____	_____	
☐ 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)	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: ☐ Rappresentante legale ☐ Delegato ☐ Tutore			
Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Prov. Nazionalità
_____	_____	_____	_____
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza	
_____	☐ M ☐ F	_____	
Comune	Prov.	CAP	Paese Residenza ai fini Fiscali
_____	_____	_____	_____
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
_____	_____	_____	☐ M ☐ 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:
- a. 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);
 - b. sia residente stabilmente negli USA;
 - c. sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'Immigration and Naturalization Service;
 - d. abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
 - 1. 31 giorni nell'anno di riferimento e,
 - 2. 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		
	_____	_____		☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
	Beneficiario in difetto del primo individuato _____			

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ____
2	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
	Beneficiario in difetto del secondo individuato _____			

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ____
3	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
	Beneficiario in difetto del terzo individuato _____			

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ____
4	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
	Beneficiario in difetto del quarto individuato _____			

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	____ ____
5	Recapito	Indirizzo e-mail		
	_____	_____		☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
	Beneficiario in difetto del quinto individuato _____			

Beneficiario non nominativo⁽²⁾ _____

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
_____	_____	_____ _____ ____	____	_____

(2) INDICARE I BENEFICIARI IN BASE AI RELATIVI CODICI:
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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70065 - 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 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.