



Eclettica Welcome

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

Eclettica Welcome

Tariffa ITA492BSW - ITA906BSW_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
_____	_____	____	_____
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
_____	_____	____	_____
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 lo 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 _____

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. 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.

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

- ☐ Decumulo - percentuale del premio versato
- 3%

☐ 4%
- ☐ Stop Loss Facoltativo
- ☐ Take Profit
- ☐ Stop Loss Dinamico

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

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

_____X

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)

_____X

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

_____X

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

_____X

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/Carta 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

_____X

- * 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 VITK70074;

- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70074;

- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70074.

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

_____X

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

_____X

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)

_____X

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)

_____X

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70074 - 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.