



Open Multiasset *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

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Open Multiasset Welcome

Tariffa ITA492FPX - ITA906FPX_I - ITA906FPX_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
_____	_____	_____	_____
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

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 _____

Premi e Prestazioni

Importo del premio unico iniziale Euro _____ Convenzione _____
Importo complessivo dei versamenti futuri previsti (comprensivo del premio di emissione) Euro _____

Gestione Separata	Percentuale del premio totale investita
Prefin Plus (minimo 5% - massimo 30% del premio)	

Linee di investimento	Percentuale del premio della sola componente unit linked
Totale	100%

FAC - SIMILE

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

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il pagamento dei premi - che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante - può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:

- bonifico a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT85RO31380100000013146261, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino;
- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A.
- bancomat/carta di credito

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.

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)

- 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:

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)

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 Bancanot/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

- * compilare la causale inserendo:
 - C.F. del Contraente (15 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 VITK70023;
- 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



Mod. VITPX70023 - 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 - 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.