



# Italiana Doppia Fiducia

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO A VITA INTERA  
A PREMIO UNICO CON PRESTAZIONI COLLEGATE  
A DUE GESTIONI SEPARATE  
SERIE SPECIALE EX ISTITUTO E PREFIN LIFE

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

## ITALIANA DOPPIA FIDUCIA

Tariffa IT1U\_492D1

Convenzione \_\_\_\_\_

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_ CODICE INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

FILIALE \_\_\_\_\_ CODICE FILIALE \_\_\_\_\_

N. PRATICA \_\_\_\_\_ CODICE PRODUTTORE \_\_\_\_\_

## 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.                            |   |
| _____   | _____  | _____                         |   |
| Frazione (eventuale)  | CAP  | Comune                        | Prov.   |
| _____   | _____  | _____                         | _____   |
| <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. |  |                               |   |
| 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)

|  |   |  |                               |
|--|---|--|-------------------------------|
| <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 di 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 |                          |   |
| _____   | _____                |                          |   |

\* 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.

## (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.

**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     | <input type="checkbox"/> 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     | <input type="checkbox"/> 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     | <input type="checkbox"/> 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     | <input type="checkbox"/> 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     | <input type="checkbox"/> Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa |
| Beneficiario in difetto del quinto individuato _____ |                 |                      |   |

**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 desidera 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 |

**Versamenti**

Spese di emissione Euro 50,00

Importo: (minimo Euro 5.000,00, massimo Euro 1.000.000) Euro \_\_\_\_\_

Il premio, al netto dei costi, verrà investito nelle due gestioni separate con le seguenti percentuali:

| Gestione separata          | Percentuale di investimento |
|----------------------------|-----------------------------|
| Prefin Life                | 40%                         |
| Serie Speciale ex Istituto | 60%                         |

Se si tratta di reinvestimento indicare 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: IT2720344001607000000281200, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banco di Desio e della Brianza.

Importo \_\_\_\_\_

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



<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.

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

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

Attivazione opzione decumulo (art. 3 delle Condizioni di Assicurazione)

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)  
 \_\_\_\_\_

**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 e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni del questionario sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione da parte della Società per l'adeguatezza del prodotto in sottoscrizione;
- **PRENDO ATTO** che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio.

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

\_\_\_\_\_

**Ulteriori dichiarazioni**

**DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

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

- il documento contenente le informazioni chiave (IID comprensivo del Documento sulla Sostenibilità) Codice VITK70134\_BDB;
- il documento Informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70134\_BDB;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70134\_BDB.

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 e successive modifiche e integrazioni. DICHIARO altresì di aver raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA e CRS

Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_

**DICHIARO:**

di aver ricevuto e preso visione degli allegati di informativa precontrattuale del distributore così come previsto dall'articolo 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 e successive modifiche e integrazioni.

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)

\_\_\_\_\_



# SERVIZIO CLIENTI BANCO DESIO

## 800.779.372

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

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



Mod. VITPX70134 - ed. 09/2025



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 "Clienti Banco Desio": 800.779.372 - [supportoclienti@italiana.it](mailto:supportoclienti@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.