



# Enea Life Investment

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO  
DI TIPO UNIT LINKED A PREMIO UNICO.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

**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 (PIva solo in caso di Ditta Individuale) \_\_\_\_\_ Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) \_\_\_\_\_ N. documento \_\_\_\_\_  
È obbligatorio l'invio di un documento valido.

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  M  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  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 \_\_\_\_\_

\* 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:  
 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.

**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<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

**Premio e prestazioni**

Importo del premio unico iniziale Euro (premio minimo Euro 20.000,00) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Convenzione \_\_\_\_\_

**Scelta dei fondi**

Comparto "Linea Obbligazioni Governative Euro" - categoria: obbligazionario	_____ %	Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei compartimenti di investimento del fondo interno "Eneo", secondo le percentuali indicate. La scelta dei compartimenti è libera. Il totale delle percentuali deve dare 100. La percentuale indicata per ciascun comparto deve essere coerente con l'importo minimo riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
Comparto "Linea Obbligazioni Crediti" - categoria: obbligazionario	_____ %	
Comparto "Linea Obbligazioni Paesi Emergenti" - categoria: obbligazionario	_____ %	
Comparto "Linea Multistrategy Conservativo" - categoria: flessibile	_____ %	
Comparto "Linea Monetaria" - categoria: monetario	_____ %	
Comparto "Linea Azioni Europa" - categoria: azionario	_____ %	
Comparto "Linea Azioni USA" - categoria: azionario	_____ %	
Comparto "Linea Azioni Paesi Emergenti" - categoria: azionario	_____ %	
Comparto "Linea Azioni Tematiche" - categoria: azionario	_____ %	
Comparto "Linea Azioni Italia" - categoria: azionario	_____ %	
<b>Totale</b>	<b>100 %</b>	

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

<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.

**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 IT89T031380100000010476505, 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.

**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, a partire dal sesto anno dalla decorrenza della polizza, di una percentuale pari al 4% del premio versato (durata del piano 10 anni).

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.

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  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

\_\_\_\_\_

- \* 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) Codice VITK70099;
  - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70099;
  - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70099.

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](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. VITPX70099 - ed. 05/2024

**ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

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 Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - [benvenutitaliana@italiana.it](mailto: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.