



Italiana Top Performance 2GS

CONTRATTO DI CAPITALIZZAZIONE A PREMIO UNICO
CON PRESTAZIONI COLLEGATE A DUE GESTIONI SEPARATE
SERIE SPECIALE EX ISTITUTO E PREFIN PLUS

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Italiana Top Performance 2GS

Tariffa ITOU_804C1

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 M F

Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____ Residenza / Sede _____ N. _____

Frazione (eventuale) _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

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 _____
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 _____

Beneficiari (si raccomanda di privilegiare la designazione nominativa)

Alla scadenza prestabilita la somma assicurata sarà pagata al Contraente.

Versamenti

Importo: _____ (minimo Euro 400.000, massimo Euro 3.000.000) Euro _____

Il premio, verrà investito nelle due gestioni separate con le seguenti percentuali:

Gestione separata	Percentuale di investimento
Prefin Plus	40%
Serie Speciale Ex Istituto	60%

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

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

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. Codice IBAN: IT 27 2 03440 01607 000000281200, 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) _____

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

(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.

Dichiarazioni del Contraente

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)

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 _____

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 VITK70135_BDB
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70135_BDB;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70135_BDB.

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

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.

Firma dell'Intermediario

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 _____

SERVIZIO CLIENTI BANCO DESIO

800.779.372

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

supportoclienti@italiana.it



Mod. VITPX70135 - 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 www.italiana.it - Servizio "Clienti Banco Desio": 800.779.372 - 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.