



Contopolizza Private Solution Life

PRODOTTO D'INVESTIMENTO ASSICURATIVO A VITA INTERA
A PREMIO UNICO CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Contopolizza Private
Solution Life

Tariffa ITA463PSL

INTERMEDIARIO _____ CUC* _____
 INTERMEDIARIO 2 _____ Cod. _____
 INTERMEDIARIO 3 _____ Subagenzia _____
 Decorrenza polizza _____ NDG _____

Dati identificativi del Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale _____ Data di nascita/Costituzione _____ Luogo di nascita/Costituzione _____ Sesso _____
 Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____ Indirizzo di Residenza/Sede - via _____ N. _____
 Frazione di Residenza (eventuale) _____ CAP di Residenza _____ Comune di Residenza _____ Prov. _____
 Indirizzo di Corrispondenza/via _____ Frazione di Corrispondenza (eventuale) _____ CAP di Corrispondenza _____
 Comune di Corrispondenza/via _____ 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 dall'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 _____
 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 _____
 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		
	_____	_____		
	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
	_____	_____

Premio

Versamento unico Importo del versamento unico (minimo Euro 500.000,00 e massimo Euro 3.000.000,00) _____, _____

Opzione cedola di Liquidazione Ricorrente SI NO (Vedi articolo "Opzione di Liquidazione Ricorrente" delle Condizioni di Assicurazione)

Indicare le coordinate bancarie del conto corrente su cui accreditare le "cedole".
Coordinate in formato IBAN _____
 Paese _____ Checkdigit _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____ N. C/C _____

Se si tratta di reinvestimento indicare 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 bonifico a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT576031380100000012611406, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino.

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

(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.

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

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 Reinvestimento

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 comprensivo del Documento sulla Sostenibilità) Codice VITK70075_c;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70075;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70075

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. VITPX70075 - 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.