



# Enea Life Plan

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO  
DI TIPO UNIT LINKED A PREMI ANNUI RICORRENTI.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

# Enea Life Plan

Tariffe ITAPACPG

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_ CUC\* \_\_\_\_\_  
 INTERMEDIARIO 2 \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
 INTERMEDIARIO 3 \_\_\_\_\_ Subagenzia \_\_\_\_\_

**Dati identificativi del Contraente**

|   |  |                              |                               |  |
|---|--|------------------------------|-------------------------------|--|
| Cognome e nome / Ragione sociale  |  | Data di nascita/Costituzione | Luogo di nascita/Costituzione | Sesso<br><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) | N. documento                 |                               | <small>È obbligatorio l'invio di un documento valido.</small>  |
| 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<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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<br><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 |                          |  |       |

(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.

\* 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 _____ |                      | 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 durata del piano di versamenti**

Versamento ricorrente Euro (premio minimo annuo Euro 1200,00) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Frazionamento  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Durata versamento premi (minimo 7 anni massimo 30 anni) \_\_\_\_\_

**Garanzie Complementari**

Assicurazione Complementare per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente  Compresa nel Programma Base

**Scelta dei fondi**

|   |              |
|---|--------------|
| Comparto "Linea Obbligazioni Governative Euro" - categoria: obbligazionario | _____ %      |
| Comparto "Linea Obbligazioni Crediti" - categoria: obbligazionario          | _____ %      |
| Comparto "Linea Obbligazioni Paesi Emergenti" - categoria: obbligazionario  | _____ %      |
| Comparto "Linea Multistrategy Conservativo" - categoria: flessibile         | _____ %      |
| 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> |

Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei compartimenti di investimento del fondo interno "Enea", 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.

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.



|  |   |
|--|---|
| dell'apparato osteo-articolare?<br>(artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)                              | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| del sistema nervoso o della psiche?<br>(epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| del sistema endocrino-metabolico?<br>(diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| del sangue?<br>(anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| cancro o altri tumori maligni?   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando

**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 VITK70066;  
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70066;  
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70066.

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. | DICHIARO:<br>- 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. |
| Firma dell'Intermediario _____  | Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) <input checked="" type="checkbox"/>  |

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. VITPX70066 - 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.