



Italiana Forza 10

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

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Italiana Forza 10

Tariffe ITAPACFT

INTERMEDIARIO _____
INTERMEDIARIO 2 _____
INTERMEDIARIO 3 _____CUC* _____
Cod. _____
Subagenzia _____

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.	
<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 <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 <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
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⁽²⁾

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 annuo minimo Euro 600,00 e massimo Euro 24.000,00) _____

Frazionamento mensile trimestrale semestrale annuale

Durata versamento premi (minimo 10 anni massimo 30 anni) _____

Spese di emissione Euro 20,00

Garanzie Complementari

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

⁽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.

Scelta dei fondi

Linea Obbligazioni Governative Euro	___ %
Linea Obbligazioni Crediti	___ %
Linea Obbligazioni Paesi Emergenti	___ %
Linea Multistrategy Conservativo	___ %
Linea Monetaria	___ %
Linea Azioni Europa	___ %
Linea Azioni USA	___ %
Linea Azioni Paesi Emergenti	___ %
Linea Azioni Tematiche	___ %
Linea Azioni Italia	___ %

Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei comparti di investimento del fondo interno "Enea", secondo le percentuali indicate. La scelta dei comparti 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 contrattuali pari a Euro 500,00.**

Totale 100 %

Se si tratta di reinvestimento indicare il 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 una delle seguenti modalità:

- bonifico a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT89031380100000010476505, 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

I premi ricorrenti successivi al primo possono essere versati anche tramite:

- procedura di incasso automatico a mezzo SDD (obbligatoria in caso di periodicità mensile). In questo caso, se la periodicità di versamento dei premi prescelta è mensile, il Contraente deve versare in unica soluzione, alla decorrenza del contratto, l'importo relativo ai premi del primo trimestre.

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

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 vere e esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Ricordo altresì che le dichiarazioni di cui al questionario A sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
- **PROSCIOLGO** dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- **PRENDO ATTO** che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
- **PRENDO ATTO** che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- **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. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.
- **AVVERTENZE:**
 - a) le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
 - b) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X _____

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____

A - Dichiarazioni dell'Assicurando e questionario sanitario (si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate)

Legge 7 dicembre 2023, n. 193 – Diritti delle persone già affette da malattie oncologiche.

Ai sensi della legge 193/2023, Italiana Assicurazioni informa che, nei casi in cui per la conclusione o rinnovo di contratti di assicurazione vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute, l'assicurando non è tenuto a fornire alcun dato relativo a eventuali patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta (termine ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età), salvo quanto diversamente previsto da disposizioni specifiche.

Da compilarsi per piano di accumulo con premio annuo maggiore di Euro 2.000,00 e/o se attiva la copertura caso morte.

a) L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruisce di pensione di invalidità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Per quale motivo? Da quando?
b) In precedenza Le è mai stata rifiutata o rimandata una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi, oppure è stata accettata a condizioni speciali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quale motivo?
c) L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, o nell'esercizio di attività extraprofessionali e/o di volontariato, è esposto a speciali pericoli? (esempio: contatti con materie velenose e/o esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti, pilota di velivoli in genere, forze dell'ordine, pompieri, guida montana, giornalista/fotografo inviato speciale, stuntman, volontario con missioni all'estero, etc)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quale?
d) L'Assicurando pratica sport?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Come professionista o come dilettante?
e) L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente?
f) Altezza e peso attuali	Altezza: cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Peso: kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "SI", è obbligatorio compilare anche le domande riportate nella colonna di destra per consentire una corretta e completa valutazione.

1. Ai Suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di malattie del cuore o circolatorie, ictus, diabete, tumori maligni, malattie renali, malattie nervose o mentali prima dell'età di 60 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali malattie (in caso di tumore specificare la parte interessata)? Quando? A quale età è stata riscontrata la malattia? A quali persone? Sono ancora in vita?
2. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo?
3. Si è mai sottoposto a test e analisi speciali (inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B o AIDS) con esito positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quale motivo?
4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri) con esito fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quale motivo?
5. Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Per quale motivo? Con quale esito?
6. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? È attualmente in cura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Qual è la causa?
8. Ha sofferto o soffre di malattie:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia?
dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato digerente? (gastrite, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia iatale, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato osteo-articolare? (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? (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
del sistema endocrino-metabolico? (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? (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 VITK70104;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70104;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70104.

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)

FAC -

SIMILE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70104 - 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@pecitaliana.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.