



# Multiplano

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

MODULO DI PROPOSTA

## Multiplano

Tariffe ITAPACBS

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
_____	_____	_____	<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	
_____	_____	_____	
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: <input type="checkbox"/> Rappresentante legale <input type="checkbox"/> Delegato <input type="checkbox"/> Tutore			
Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Prov. Nazionalità
_____	_____	_____	_____
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza	
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	
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	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<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 900,00) \_\_\_\_\_

Frazionamento  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Durata versamento premi (minimo 10 anni massimo 20 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 "MULTIPLANO LINEA BILANCIATA" - categoria: bilanciato	_____ %	Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei comparti di investimento del fondo interno "Multiplano", 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 di Assicurazione.
Comparto "MULTIPLANO LINEA AZIONARIA" - 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

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 veritiere ed 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. Riconosco 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)

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

**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'assicurato 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 fruisci di pensione di invalidità?  SI  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?  SI  NO Quando? Per quale motivo?
- c) L'Assicurando nell'esercizio della sua professione o nell'esercizio di attività extra-professionali e/o volontariato, è esposto a speciali pericoli? (esempio: contatto 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, pompiere/guida montana, giornalista/fotografo inviato speciale, stuntman, volontario con missioni all'estero, etc.)  SI  NO Quale?
- d) L'Assicurando pratica sport?  SI  NO Quali? Come professionista o come dilettante?
- e) L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici?  SI  NO Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente?
- f) Altezza e peso attuali Altezza: cm \_\_\_\_\_ Peso: kg \_\_\_\_\_

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?  SI  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.?  SI  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?  SI  NO Quali? Quando? Per quale motivo?
- 4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri) con esito fuori dalla norma?  SI  NO Quali? Quando? Per quale motivo?
- 5. Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico?  SI  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?  SI  NO Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
- 7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?  SI  NO Quali? Qual è la causa?
- 8. Ha sofferto o soffre di malattie:
  - dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)  SI  NO Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia?
  - dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)  SI  NO
  - dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)  SI  NO
  - dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)  SI  NO

**dell'apparato osteo-articolare?**  SI  NO  
 (artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)

**del sistema nervoso o della psiche?**  SI  NO  
 (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)

**del sistema endocrino-metabolico?**  SI  NO  
 (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)

**del sangue?**  SI  NO  
 (anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)

**cancro o altri tumori maligni?**  SI  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  Bonomat/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 PRE-CONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento contenente le informazioni chiave Codice VITK70069;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70069;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70069.

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. VITPX70069 - 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](mailto:italiana@pecitaliana.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.