



Ghibli

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO A VITA INTERA
DI TIPO UNIT LINKED A PREMIO UNICO CON POSSIBILITÀ
DI VERSAMENTI AGGIUNTIVI.

MODULO DI PROPOSTA

Ghibli

Tariffa 428A

INTERMEDIARIO _____

Cod. _____

PRODUTTORE _____

Cod. _____

Decorrenza polizza _____

 Già inviata via fax

Dati identificativi del Contraente

Cognome e nome / Regione sociale	Data di nascita/Costituzione	Luogo di nascita/Costituzione	Sesso
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Residenza / Sede		
<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	
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)	È obbligatorio l'invia di un documento valido.	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	Nazionalità
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza	
Comune	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/Costituzione	Sesso
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Codice fiscale		
Residenza	CAP	Frazione / Comune	
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:

- 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	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
2	_____	_____	_____	_____
	Recapito		Indirizzo e-mail	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

Beneficiario non nominativo ⁽²⁾ _____

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	
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Premi e Prestazioni

Importo del premio unico iniziale Euro _____

Scelta dei fondi

Fondo "Italiana Linea Stabile" (codice fondo interno 620)	<input type="text"/>	Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei fondi interni, secondo le percentuali indicate. La scelta dei fondi è libera. Il totale delle percentuali deve dare 100. La percentuale indicata per ciascun fondo deve essere coerente con l'importo minimo riportato nelle Condizioni di Assicurazione.
Fondo "Italiana Linea Bilanciata Vivace" (codice fondo interno 656)	<input type="text"/>	
Fondo "Italiana Linea Bilanciata Aggressiva" (codice fondo interno 657)	<input type="text"/>	
Totale	<input type="text" value="100"/>	

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

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il sottoscritto titolare del conto autorizza sin d'ora ad addebitare sul proprio conto corrente, indicato in calce, l'importo sia del primo premio - o rata di premio - che dei successivi o del versamento integrativo, relativi al presente Contratto.

IBAN: _____

Importo Euro _____

Firma e/o timbro 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

⁽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, che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni di dati da me forniti;
- **PRENDO ATTO** che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazioni di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto;
- **PRENDO ATTO** che le informazioni incomplete o inesatte riportate sul presente modulo possono causare il differimento dell'investimento;

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal 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: _____ Intestato a: Italiana Assicurazioni S.p.A _____

dell'importo di Euro _____ Firma dell'Intermediario _____

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

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

- il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITK70119;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70119;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70119.

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.

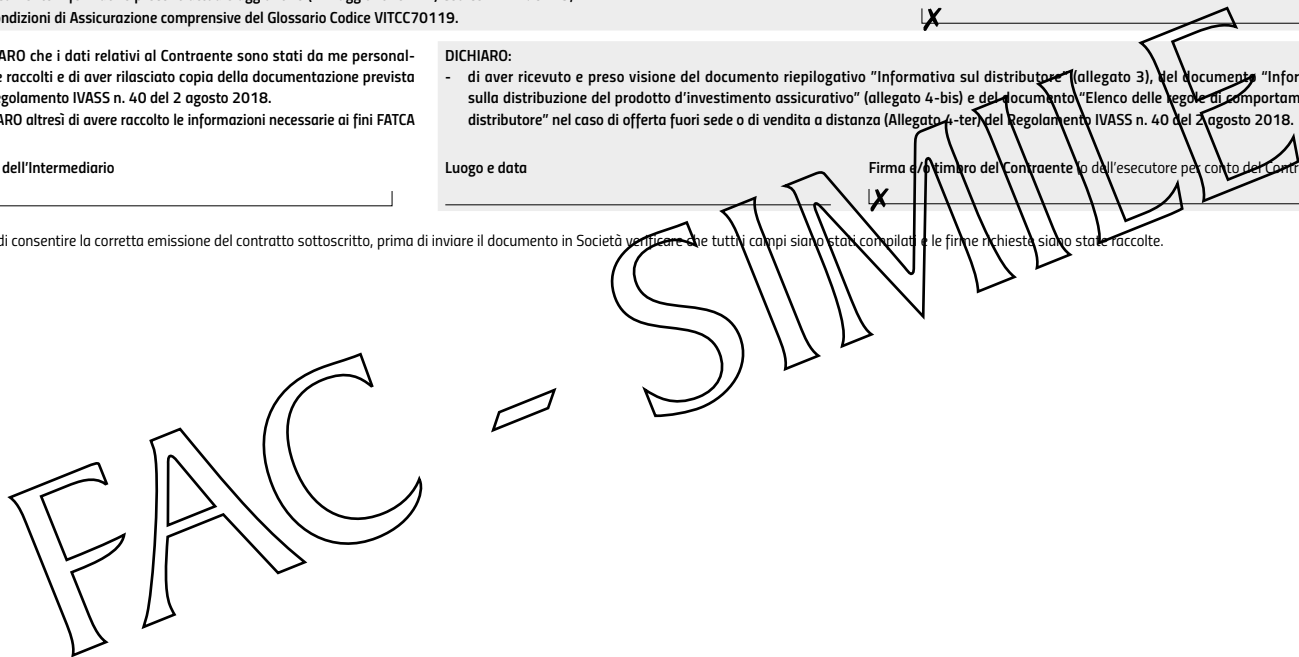
Firma dell'Intermediario _____

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.



BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70119 - 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.