



Finanza e Previdenza Opportunità

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO MULTIRAMO DETERMINATO DALLA COMBINAZIONE DI UN PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (RAMO I) E UN PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED (RAMO III).

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Finanza e Previdenza
Opportunità

Tariffa ITA907FPO - ITA497FPO

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 M F

Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____ Residenza / Sede _____ N. _____

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. _____

Prefixo 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'invio 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: Rappresentante legale Delegato Tutore

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____ Nazionalità _____

Codice fiscale _____ Sesso M 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 M 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali al beneficiario indicato in forma nominativa
_____	_____		
Beneficiario in difetto del quinto individuato _____			

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 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 e prestazioni

Importo del premio Euro _____

Gestione Separata	Percentuale del premio totale investita
Prefin Plus (minimo 10% - massimo 50%)	%
Linee di investimento	Percentuale del premio della sola componente unit linked
Linea Forza Aggressiva	%
Linea Allocation	%
Linea Flessibile	%
Linea Prestigio	%
Totale	100%

⁽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.

Modalità di sottoscrizione (indicare obbligatoriamente una delle due scelte): Front Back

Opzione Welcome (applicabile solo in caso di modalità Back) B1 B2 Codice Convenzione _____ (applicabile solo in caso di modalità Front)

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 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 Sissardi, 13 - 10122 Torino;
 - assegno bancario, postale o circolare non trasferibile a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A.;
 - bancomat/carta di credito.

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, 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)

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 comprensivo del Documento sulla Sostenibilità) Codice VITK70036;
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70036;
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70036

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. VITPX70036 - 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.