



# Finanza e Previdenza Reddito

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

# Finanza e Previdenza Reddito

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO 2 \_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO 3 \_\_\_\_\_

CUC\* \_\_\_\_\_  
Cod. \_\_\_\_\_  
Subagenzia \_\_\_\_\_

Tariffa ITA907FPR - ITA497FPR

## 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.	
_____				_____		_____	
<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: <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			
_____		[M] [F]		_____			
Comune		Prov. CAP		Paese		Residenza ai fini Fiscali <sup>(1)</sup>	
_____		_____		_____		_____	
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					
_____		_____					

<sup>(1)</sup> 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.

\* 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<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.

**Referente terzo**

Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale
_____	_____	_____
Indirizzo	Località	CAP
_____	_____	_____
	Provincia	Indirizzo email
	_____	_____

**Premio e prestazioni**

Gestione Separata	Percentuale del premio totale investita
Prefin Plus (minimo 50% - massimo 70%)	%

  

Linee di investimento	Percentuale del premio della sola componente unit linked
Linea Forza Aggressiva	%
Linea Forza Bilanciata	%
Linea Forza Dinamica	%
Linea Forza Prudente	%
Linea Allocation	%
Linea Flessibile	%
Linea Prestigio	%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>

<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.





# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

[benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. VITPX70037 - 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.