



Open Multiasset

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

Open Multiasset

Tariffa ITA492FXA - ITA906FXA_I - ITA906FXA_E

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

Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)

Residenza / Sede

☐ 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'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.

Italiana Assicurazioni S.p.A. | Proposta

Open Multiasset | VITPX70024 ed. 05/2023 | pag. 2 di 8

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:

1	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
2	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
3	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
4	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
5	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ 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

⁽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)

X

X

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.

☐ 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 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

X

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

X

* 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 VITK70024;

- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70024;

- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70024.

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

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

X

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)

X

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.

Italiana Assicurazioni S.p.A. | Proposta

Open Multiasset | VITPX70024 ed. 05/2023 | pag. 5 di 8

FACCISMAILE
BIANCA

FACILISSIMILE
BIANCA

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70024 - ed. 05/2023



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 - benvenutinitaliana@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.