Futuro Garantito Life

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO
CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI.

MODULO DI PROPOSTA

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

ITALIANA ASSICURAZIONI

PROPOSTA N. _____

Futuro Garantito Life

Tariffa **ITA499DL**

INTERMEDIARIO _____ Cod. _____

PRODUTTORE _____ Cod. _____

Decorrenza polizza _____ ☐ Già inviata via fax

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) | Indirizzo di Residenza / Sede - via | N.

Frazione di Residenza (eventuale)) | CAP di Residenza | Comune di Residenza | Prov

Indirizzo di Corrispondenza / via | Frazione di Corrispondenza (eventuale) | CAP di Corrispondenza

Comune di Corrispondenza / via | 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

È obbligatorio l'invio di un documento valido.

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 | 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/Costituzione | Sesso

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

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

FAC-SIMILE

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 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

Valutazione dell'adeguatezza del contratto

DIChIARO che, ai sensi e per effetto della normativa vigente in materia di Adeguatezza, l'informativa relativa all'operazione e alle caratteristiche del prodotto sono state raccolte dall'Intermediario in occasione della compilazione di apposito questionario.

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

✗ _____

Premio

Versamento unico Importo del versamento unico (minimo euro 5.000,00 e massimo euro 500.000,00) Euro _____

Opzione di Liquidazione Ricorrente SI ☐ NO ☐ (vedi articolo "Opzione di Liquidazione Ricorrente" delle Condizioni di Assicurazione)

Compilare le seguenti informazioni solo se si intende usufruire della liquidazione delle "cedole".

Indicare le coordinate bancarie del conto corrente su cui accreditare le "cedole". **Coordinate in formato IBAN** Paese | Checkdigit | CIN | ABI | CAB | N. C/C

FAC SIMILE

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 bonifico a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT57G0313801000000012611406, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino.

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 Società eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni del questionario sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione da parte della Società per l'adeguatezza del prodotto in sottoscrizione;
- 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.

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

✗ _____

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

✗ _____

Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

(Il consenso non è riferibile all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento)

Con riferimento al presente contratto, il sottoscritto Contraente dichiara di dare il proprio consenso alla Compagnia affinché, nel corso del rapporto contrattuale, la stessa possa inviare la documentazione disponibile in formato elettronico (o le specifiche informazioni per il relativo recupero) al seguente indirizzo di posta elettronica, attualmente valido e regolarmente in uso. A tale proposito, il medesimo Contraente si impegna a comunicare ad Italiana Assicurazioni o all'Intermediario ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sotto indicato. La Compagnia si riserva, in caso di sopraggiunte difficoltà tecniche, di provvedere alla spedizione della documentazione anche in formato cartaceo.

Firma del Contraente

Indirizzo e mail _____

✗ _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

☐ Il Contraente dichiara di "NON avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA".

☐ 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.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US)

Firma del Contraente

✗ _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: SI NO

(Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

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

✗ _____

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: SI NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
- è un'Istituzione Finanziaria, o
- il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

Firma dell'esecutore per conto del Contraente

✗ _____

Consenso al trattamento dei dati personali

☐ **Consenso necessario:** il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati), presta il suo consenso, al trattamento dei dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 della stessa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Firma dell'Assicurando ✗ _____

☐ **Consensi facoltativi per attività commerciali e di marketing:** la Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quella di cui al punto 1 della presente informativa. Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo, la Società le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali con riferimento a specifiche finalità apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no. Il suo eventuale consenso costituisce la base giuridica per il trattamento dei dati in relazione a dette finalità.

a) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI NO
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI NO

b) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI NO
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI NO

c) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI NO
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI NO

d) per partecipare a rilevazioni della qualità di servizi, elaborazione di studi, indagini statistiche e ricerche di mercato, effettuati da soggetti terzi per conto della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI NO
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI NO

e) per partecipare a concorsi e operazioni a premio:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria SI NO
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.) SI NO

f) per il compimento di attività di collocamento di servizi on line: SI NO

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

FAC SIMILE

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:
- il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITK70087;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70087;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70087.

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.

Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016

1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative
La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere ad obblighi di legge.

2. Base giuridica del trattamento
In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall' esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata
I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi
I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.italiana.it. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero
I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)
Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.
Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@italiana.it.

7. Titolare del trattamento
Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18.

FAC - SIMILE

(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.

(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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. VITP70087 - ed. 05/2021

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.