



# Italiana Forza 10

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO A VITA INTERA  
DI TIPO UNIT LINKED A PREMI ANNUI RICORRENTI.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**  
ASSICURAZIONI

# Italiana Forza 10

Tariffe ITAPACFT

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

CUC\* \_\_\_\_\_

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

Cod. \_\_\_\_\_

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

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		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.	
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	
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 <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	
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			

\* 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.

### (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:

1	Cognome e nome/Ragione sociale _____	Data di nascita ____/____/____	Codice fiscale/P.Iva _____	% di beneficio _____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____		<input type="checkbox"/> 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 _____		<input type="checkbox"/> 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 _____		<input type="checkbox"/> 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 _____		<input type="checkbox"/> 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 _____		<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento

**Beneficiario non nominativo<sup>(2)</sup>**

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 _____

**Premio e durata del piano di versamenti**

Versamento ricorrente Euro (premio annuo minimo Euro 600,00 e massimo Euro 24.000,00) \_\_\_\_\_,\_\_\_\_

Frazionamento  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Durata versamento premi (minimo 10 anni massimo 30 anni) \_\_\_\_

Spese di emissione Euro 20,00

**Garanzie Complementari**

Assicurazione Complementare per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente	Compresa nel Programma Base	_____
---	-----------------------------	-------

**Scelta dei fondi**

Linea Obbligazioni Governative Euro	____%
Linea Obbligazioni Crediti	____%
Linea Obbligazioni Paesi Emergenti	____%
Linea Multistrategy Conservativo	____%
Linea Monetaria	____%
Linea Azioni Europa	____%
Linea Azioni USA	____%
Linea Azioni Paesi Emergenti	____%
Linea Azioni Tematiche	____%
Linea Azioni Italia	____%
<b>Totale</b>	<b>100%</b>

Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei comparti di investimento del fondo interno "Enea", secondo le percentuali indicate. La scelta dei comparti è libera. Il totale delle percentuali deve dare 100. La percentuale indicata per ciascun comparto deve essere coerente con l'importo minimo riportato nelle condizioni contrattuali pari a Euro 500,00.

Se si tratta di reinvestimento indicare il 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 Siccardi, 13 - 10122 Torino;
- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile a favore di Italiana Assicurazioni S.p.A.;
- bancomat/carta di credito

I premi ricorrenti successivi al primo possono essere versati anche tramite:

- procedura di incasso automatico a mezzo SDD (obbligatoria in caso di periodicità mensile). In questo caso, se la periodicità di versamento dei premi prescelta è mensile, il Contraente deve versare in unica soluzione, alla decorrenza del contratto, l'importo relativo ai premi del primo trimestre.

<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.



**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) Codice VITK70104;
  - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70104;
  - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70104.

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

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.

# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

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



Mod. VITPX70104 - 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@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.