

## Flexible Solution Top

Tariffa ITA492FXT - ITA906FXTI - ITA906FXTTE

Consulente:

Contratto per conto proprio

Contratto per conto altrui (in caso di Assicurando diverso dal Contraente)

Proposta N°

F.E.A.  SI  NO

### DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome N.D.G.  
 Data di nascita Luogo di nascita Provincia di nascita  
 Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)  
 Codice sottogruppo Codice Ateco  
 Indirizzo di residenza Comune di residenza Provincia di residenza CAP di residenza  
 Indirizzo di corrispondenza Comune di corrispondenza Provincia di corrispondenza CAP di corrispondenza  
 (L'indirizzo di corrispondenza è da indicare qualora differisca dall'indirizzo di residenza. In mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza)  
 Cittadinanza Seconda Cittadinanza Residenza ai fini fiscali<sup>(1)</sup>  
 IBAN: Paese estero di residenza  
 C.F. Sesso  
 Documento di riconoscimento (Allegato in copia leggibile. È obbligatorio l'invio di un documento valido.) N. Documento Rilasciato da  
 Località di rilascio Data di rilascio / rinnovo 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)

Cognome e Nome  
 Data di nascita Luogo di nascita Provincia di nascita Nazionalità  
 Qualifica  Tutore  Delegato  Rappresentante Legale (per aziende e associazioni)  
 Indirizzo Comune Provincia CAP  
 Paese Cittadinanza Seconda Cittadinanza  
 C.F. Sesso Residenza ai fini fiscali<sup>(1)</sup>  
 Documento di riconoscimento (allegato in copia leggibile) N. Documento Rilasciato da  
 Località di rilascio Data di rilascio / rinnovo Data di scadenza

### ASSICURANDO (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome  
 Data di nascita Luogo di nascita Provincia di nascita  
 Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)  
 Indirizzo di residenza Comune di residenza Provincia di residenza CAP di residenza  
 C.F. Sesso  
 Documento di riconoscimento (allegato in copia leggibile) N. Documento Rilasciato da  
 Località di rilascio Data di rilascio / rinnovo Data di scadenza



**GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA**

**Assicurazione Complementare per il caso di morte a Premio Unico (durata fissa 5 anni)**

**Agli effetti della validità della presente assicurazione dichiara:**

1. di non aver subito ricoveri o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni e/o di non essere attualmente in attesa di ricovero (salvo per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica);
2. di non aver consultato un medico, ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, cure o trattamenti in merito ad una o più delle seguenti malattie/disturbi:
  - Cancro o qualsiasi tipo di tumore, leucemia, linfonodi ingrossate;
  - Disturbi cardiaci o della circolazione, infarto, ischemia, ictus, attacco ischemico transitorio, aneurisma, emorragia cerebrale;
  - Asma (salvo rinite allergica) o bronchite cronica, enfisema;
  - Epatite, cirrosi epatica, disturbi al pancreas o all'intestino;
  - Insufficienza renale, rene policistico, disturbi alla vescica o alla prostata;
  - Obesità;
  - Diabete;
  - HIV, AIDS;
  - Malattie neurologiche, epilessia, disturbi neuro-psichici, depressione, schizofrenia;
3. di non avere o aver avuto negli ultimi 12 mesi una malattia per la quale è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni;
4. di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, radiografie, mammografie, biopsie al di fuori dai normali controlli di routine che abbiano dato esito fuori dalla norma;
5. di non presentare postumi invalidanti causati da malattie o traumi e/o di non essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerla.

Firma dell'Assicurando

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il sottoscritto titolare del conto autorizza sin d'ora ad addebitare sul proprio conto corrente, indicato in calce, l'importo sia del primo premio sia degli eventuali versamenti integrativi, relativi al presente Contratto.

Il pagamento dei premi, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, deve essere effettuato tramite:

- bonifico a favore di Italiana Assicurazioni SpA sul c/c bancario intestato a Italiana Assicurazioni SpA presso  
- **Banca Consulia** - Filiale di Corso Monforte 52, 20122 Milano - Codice IBAN: IT 89 0 03159 01600 000011614294;

La data di versamento coincide con la data di effettivo accredito (con relativa visibilità e disponibilità) sul conto corrente intestato alla Società.

Fermo restando i mezzi di pagamento previsti sopra descritti, in ordine all'assegnazione del numero delle quote/azioni di OICR a seguito del versamento del premio, si precisa quanto segue:

- la data di investimento del premio corrisponde alla prima Data di Valorizzazione di ciascun OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo, ovvero il giorno lavorativo in cui la Società ha ricevuto le informazioni contenute nel flusso relativo al medesimo modulo, debitamente sottoscritto e completato in ogni sua parte;
- per gli OICR che necessitano di due giorni di operatività, la Data di Investimento del premio corrisponde alla seconda Data di Valorizzazione di ciascuno di questi OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo di Proposta ovvero del relativo flusso;
- per gli OICR che necessitano di tre giorni di operatività, la Data di Investimento corrisponde alla terza Data di Valorizzazione di ciascuno di questi OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo di Proposta ovvero del relativo flusso;
- per gli OICR che necessitano di quattro giorni di operatività, la Data di Investimento corrisponde alla quarta Data di Valorizzazione di ciascuno di questi OICR immediatamente successiva alla Data di Ricezione del presente modulo di Proposta ovvero del relativo flusso.

Qualora il Contratto sia collegato contemporaneamente a OICR con Date di Investimento differenti, la conversione del Premio in quote di ciascun OICR sarà eseguita investendo ciascuna parte di premio nel rispetto della tempistica di investimento di ciascun OICR a cui è destinata.

Relativamente alle tempistiche di investimento in ciascun OICR del Premio versato si rimanda alle date di operatività indicate nell'allegato 2 del Set Informativo.

Per quanto concerne le Linee di Investimento il "giorno di riferimento" considerato per la valorizzazione delle quote sarà il primo venerdì utile

Qualora il venerdì di riferimento indicato dovesse coincidere con un giorno di chiusura delle Borse Valori o delle Società Assicuratrici del Gruppo Reale, sarà considerato il primo giorno lavorativo successivo.

Ciò comporta che nel caso in cui l'*asset allocation* presenti sia OICR che Linee di investimento, il giorno di riferimento considerato per la valorizzazione delle quote coinciderà con quello concernente la Linea di investimento prescelta.

Il contratto si ritiene concluso a partire dalle ore zero del "giorno di riferimento" dell'ultimo investimento effettuato, mentre l'eventuale copertura assicurativa diviene operante al momento del versamento del premio, il tutto sempreché la Società non abbia precedentemente comunicato per iscritto al Contraente, la mancata accettazione della proposta.

IBAN

Importo €

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

Proposta N°

### SCELTA DEI SERVIZI OPZIONALI ATTIVABILI

**Decumulo:** riconoscimento annuale di una percentuale pari al 3% del premio investito nelle componenti di Ramo III.

Indicare le coordinate IBAN del conto corrente intestato al **Contraente**, su cui accreditare l'importo IBAN:

**Cedola:** riconoscimento annuale di una percentuale pari alla rivalutazione annua della Gestione Separata.

Indicare le coordinate IBAN del conto corrente intestato al **Contraente**, su cui accreditare l'importo IBAN:

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

X \_\_\_\_\_

### VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

DICHIARO che, ai sensi e per effetto della normativa vigente in materia di Adeguatezza le informazioni riguardo all'esperienza e alla conoscenza degli strumenti finanziari, agli obiettivi di investimento e alla situazione finanziaria sono state raccolte dall'Intermediario. Prendo atto che la firma apposta sulla presente costituisce firma per presa visione ed accettazione del fascicolo di consiglio n. \_\_\_\_\_ relativamente alla raccomandazione di investimento oggetto della presente Proposta, illustrata dal Consulente /Financial Advisor

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

X \_\_\_\_\_

### REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA E DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

#### REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto, con le modalità indicate nel relativo articolo delle Condizioni di Assicurazione.

#### DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, con le modalità indicate nel relativo articolo delle Condizioni di Assicurazione.

### DICHIARAZIONI FINALI

- DICHIARO che le indicazioni fornite nella presente proposta e nel suo relativo Allegato sono veritiere e complete e che ne assumo ogni responsabilità anche se sono state scritte da altri e che non ho taciuto, omesso o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);
- 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 la Società ha la facoltà di richiedere accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa per la valutazione del rischio relativo alla Garanzia Complementare Temporanea;
- PRENDO ATTO che le informazioni incomplete o inesatte riportate sul presente modulo e sul suo relativo Allegato possono causare il differimento dell'investimento;
- PRENDO ATTO che il prodotto è emesso da società avente una partecipazione nel capitale di Banca Consulia, in operazione in conflitto di interessi; DICHIARO di essere consapevole della sussistenza delle seguenti situazioni di conflitto di interessi, derivanti dal fatto che Banca Consulia, in qualità di intermediario collocatore:
  - percepisce, quale compenso per l'attività di distribuzione del contratto, parte delle commissioni che Italiana Assicurazioni S.p.A. trattiene dai premi versati;
  - ha un interesse derivante dall'esistenza di rapporti d'affari con la Compagnia che prevedono che Banca Consulia presti alla stessa il servizio di consulenza in materia di investimenti sui fondi interni oggetto di collocamento.

Inoltre, la Compagnia detiene una partecipazione nel capitale sociale di Banca Consulia.

- PRENDO ATTO che:
  - a) le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
  - b) prima della sottoscrizione delle dichiarazioni, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle informazioni ivi riportate;
  - c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- DICHIARO di essere stato informato sulla possibilità di ricevere il set informativo di Flexible Solution, comprensivo di eventuali appendici, su supporto durevole cartaceo o non cartaceo.

A tal proposito CONFERMO di aver scelto la modalità:  cartacea  NON cartacea

Firma dell'Assicurando  
(se diverso dal Contraente)

X \_\_\_\_\_

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

X \_\_\_\_\_

### 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 DELLE PERSONE FISICHE

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" posto in allegato alla presente proposta.)

Firma del Contraente (o 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  
 (Se diverso dal Contraente)

Firma del Contraente  
 o dell'esecutore per conto del Contraente

- Consensi facoltativi per attività commerciali e di marketing**  
 la Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle 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 SI 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 dell'Assicurando  
 (Se diverso dal Contraente)

Firma del Contraente  
 o dell'esecutore per conto del Contraente

Proposta N°

## ULTERIORI DICHIARAZIONI

### DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento contenete le informazioni chiave (KID) – Codice VITK70095;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) – Codice VITDA70095;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario – Codice VITCC70095;

Firma e/o Timbro 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/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.

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

X \_\_\_\_\_

Luogo e data

## 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.

Indirizzo e-mail:

Firma 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.

## 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](http://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. (situato 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

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

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

### 7. Titolare del trattamento

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

#### (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.

#### (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 nati dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 5** - Il coniuge dell'Assicurato - **Cod. 6** - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nati 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.