

Investi Multiramo

Proposta N°
Polizza N°

Intermediario
Filiale
N. Pratica

Codice Intermediario
Codice Filiale
Codice Produttore

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale
Data di nascita/Costituzione
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)
Codice S.A.E.
Indirizzo di residenza/sede
Indirizzo di corrispondenza /sede

Luogo di nascita/Costituzione
Codice Ateco
Comune di residenza
Comune di corrispondenza

Provincia di nascita
Provincia di residenza
Provincia di corrispondenza

CAP di nascita
CAP di residenza
CAP di corrispondenza

L'indirizzo di corrispondenza/domicilio è da indicare qualora differisca dall'indirizzo di residenza. In mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza)

Cittadinanza
IBAN:
C.F. (P.IVA solo in caso di ditta individuale).
Documento di riconoscimento (allegato in copia leggibile)
Località di rilascio

Seconda Cittadinanza
Paese estero di residenza
Sesso
N. Documento
Data di rilascio / rinnovo
Rilasciato da
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:
Cognome e Nome
Data di nascita
Indirizzo di residenza
Paese estero di residenza
C.F.
Documento di riconoscimento (allegato in copia leggibile)
Località di rilascio

Luogo di nascita
Comune
Cittadinanza
Sesso
Data di rilascio / rinnovo

Provincia di nascita
Provincia
Residenza ai fini fiscali⁽¹⁾
N. Documento
Data di scadenza

Nazionalità
CAP
Seconda Cittadinanza
Rilasciato da

ASSICURANDO (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome
Data di nascita
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)
Indirizzo di residenza
C.F.
Documento di riconoscimento (allegato in copia leggibile)
Località di rilascio

Luogo di nascita
Comune di residenza
Sesso
Data di rilascio / rinnovo

Provincia di nascita
Provincia di residenza
N. Documento
Data di scadenza

Provincia di nascita
CAP di residenza
Rilasciato da

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

Beneficiario non nominativo

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.

Cognome e nome / Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale / P. Iva
Recapito	Indirizzo e-mail	

In caso di Beneficiari plurimi, si prega di consegnare l'elenco con i dati identificativi.

PREMIO DELL'ASSICURAZIONE

Importo del premio unico iniziale €

Diritti di emissione: € 50,00.

Allocazione Somme: Gestione interna separata e Linee di Investimento	%
Totale	100%

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO CONSENTITE DALLA COMPAGNIA

Il sottoscritto titolare del conto autorizza sin d'ora Banca Popolare dell'Alto Adige 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, può essere effettuato tramite:

- bonifico a favore di Italiana Assicurazioni sul c/c bancario intestato a Italiana Assicurazioni presso:
Banca Popolare dell'Alto Adige - Filiale clientela direzionale, sede Via Del Macello 55, 39100 Bolzano - Codice IBAN: IT 70 T 05856 11613 080571221873;

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo assegno circolare o bonifico bancario, la data di versamento coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Fermo restando i mezzi di pagamento previsti sopra descritti, il "giorno di riferimento" considerato per la valorizzazione delle quote sarà:

- Caso di accrediti pervenuti nei giorni da lunedì a mercoledì, estremi compresi: il venerdì della medesima settimana;
- Caso di accrediti pervenuti nei giorni da giovedì a domenica: il venerdì della settimana immediatamente successiva.

Qualora il venerdì di riferimento indicato dovesse coincidere con un giorno di chiusura delle Borse Valori, sarà considerato il primo giorno successivo di Borse aperte con orari normali di negoziazione.

Il contratto si ritiene concluso, e le coperture assicurative operanti, a partire dalle ore zero del "giorno di riferimento" sopra indicato, sempre che entro tale termine la Società non abbia comunicato per iscritto al Contraente, mediante raccomandata A.R., la mancata accettazione della proposta.

IBAN

Importo €

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



SCELTA DEI SERVIZI OPZIONALI ATTIVABILI

- 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 DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

Così come disposto dall'art. 135 del regolamento intermediari Consob, adottato con delibera 20307 del 15 febbraio 2018 e aggiornato con le modifiche apportate dalla delibera 21466 del 29 luglio 2020, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del prodotto di investimento assicurativo offerto alle Sue richieste ed esigenze assicurative.

Firma dell'Intermediario
per acquisizione delle dichiarazioni rilasciate

X

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

X

Luogo e data

“La Banca dichiara che l'operazione di sottoscrizione della polizza è risultata coerente rispetto ai Suoi obiettivi e alle Sue esigenze assicurative risultanti dal questionario da Lei sottoscritto”

Firma dell'Intermediario
per acquisizione dell'esito del test

X

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

X

Luogo e data

REVOCABILITA' 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

- **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 Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni fornite sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
- **PRENDO ATTO** che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- **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 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. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.

Firma dell'Assicurando
(se diverso dal Contraente)

X

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

X

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
(o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

AUTOCERTIFICAZIONE Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

«*POLIZ01*RSPX01»

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
(o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

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" posto in allegato alla presente proposta.)

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

X

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

Il Contraente, rientra in una delle seguenti categorie:

- 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.

SI

NO

(Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza Fiscale FATCA e CRS" posto in allegato alla presente proposta.)

Firma dell'esecutore per conto del Contraente)

X _____

Proposta N°

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Consenso necessario**
 Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione dell'informativa, al trattamento dei suoi 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)

X _____

X _____

- Consensi facoltativi**
 la Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'allegata 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 con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un SI o da un NO.

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)

X _____

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 VITK70045;
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) – Codice VITDA70045;
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario – Codice VITCC70045;

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 dalla vigente normativa.
 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 soggetto abilitato alla distribuzione, sul prodotto di investimento assicurativo e sull'attività distributiva assicurativa" comprensivo delle regole di comportamento del distributore" nel caso di offerta fuori sede o di vendita a distanza di cui agli art. 133 e 134 regolamento intermediari Consob adottato con delibera 20307 del 15 febbraio 2018 e aggiornato con le modifiche apportate dalla delibera 21466 del 29 luglio 2020.

Luogo e data

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

X _____

Proposta N°

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.

(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.