



Asfalia Custodia Accumulo

PIANO DI ACCUMULO A PREMI ANNUI.
PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO
DI TIPO UNIT LINKED.

MODULO DI PROPOSTA

ASFALIA Custodia Accumulo
la polizza Unit Linked
Tariffa ITAPACASF1 + ITA115AS1

INTERMEDIARIO _____
INTERMEDIARIO 2 _____
INTERMEDIARIO 3 _____

CUC* _____
Cod. _____
Subagenzia _____
☐ 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) _____

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.

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 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

Premio e durata del piano di versamenti

Versamento ricorrente Euro _____ ogni: ☐ mese ☐ trimestre ☐ semestre ☐ anno
Durata versamento premi (minimo 10 anni massimo 30 anni) _____

Garanzie Complementari

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

Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premi Unici Ricorrenti

☐ SI ☐ NO

Il Fondo Interno

Linea ASFALIA Custodia Accumulo _____ Totale 1 0 0 %

Il Contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nella Linea facente parte del fondo interno "ASFALIA Custodia".
Se si tratta di reinvestimento indicare 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 IT89T0313801000000010476505, 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;
▪ attivazione della procedura SDD solo per le rate successive alla prima.

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.

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.

⁽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.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando

lo 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 Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni per le quali al questionario A 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);
- PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- PRENDO ATTO che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
- 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 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.
- AVVERTENZE:
 - 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) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

X

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X

A - Dichiarazioni dell'Assicurando e questionario sanitario (si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate)

Da compilarsi per piano di accumulo con premio annuo maggiore di Euro 2.000,00 e/o se attiva la copertura caso morte.

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|
| a) L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruiscie di pensione di invalidità? | ☐ SI | ☐ NO | Per quale motivo? Da quando? |
| b) In precedenza Le è mai stata rifiutata o rimandata una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi, oppure è stata accettata a condizioni speciali? | ☐ SI | ☐ NO | Quando? Per quale motivo? |
| c) L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, o nell'esercizio di attività extraprofessionali e/o di volontariato, è esposto a speciali pericoli?
(esempio: contatti con materie venefiche e/o esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti, pilota di velivoli in genere, forze dell'ordine, pompieri, guida montana, giornalista/fotografo inviato speciale, stuntman, volontario con missioni all'estero, etc) | ☐ SI | ☐ NO | Quale? |
| d) L'Assicurando pratica sport? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Come professionista o come dilettante? |
| e) L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente? |
| f) Altezza e peso attuali | Altezza: cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Peso: kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "Sì", è obbligatorio compilare anche le domande riportate nella colonna di destra per consentire una corretta e completa valutazione.

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| 1. Ai Suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di malattie del cuore o circolatorie, ictus, diabete, tumori maligni, malattie renali, malattie nervose o mentali prima dell'età di 60 anni? | ☐ SI | ☐ NO | Quali malattie (in caso di tumore specificare la parte interessata)? Quando? A quale età è stata riscontrata la malattia? A quali persone? Sono ancora in vita? |
| 2. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc.? | ☐ SI | ☐ NO | Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo? |
| 3. Si è mai sottoposto a test e analisi speciali (inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B o AIDS) con esito positivo? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Quando? Per quale motivo? |
| 4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri) con esito fuori della norma? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Quando? Per quale motivo? |
| 5. Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Quando? Per quanto tempo? Per quale motivo? Con quale esito? |
| 6. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? È attualmente in cura? | ☐ SI | ☐ NO | Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo? |
| 7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Qual è la causa? |
| 8. Ha sofferto o soffre di malattie: | ☐ SI | ☐ NO | Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia? |
| dell'apparato respiratorio?
(asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| dell'apparato cardiocircolatorio?
(infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| dell'apparato digerente?
(gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| dell'apparato uro-genitale?
(nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| dell'apparato osteo-articolare?
(artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| del sistema nervoso o della psiche?
(epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| del sistema endocrino-metabolico?
(diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| del sangue?
(anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi) | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |
| cancro o altri tumori maligni? | | | |
| ☐ SI | ☐ NO | | |

Luogo e data

Firma dell'Assicurando

Y

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 _____

- * 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 VITK70030;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70030;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70030

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.

FACILITAZIONE
BIANCA

FACILITAZIONE
BIANCA

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70030 - 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.