



# Multiplano

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

MODULO DI PROPOSTA

**Multipiano**

Tariffe ITAPACBS

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_ CUC\*\* \_\_\_\_\_  
 INTERMEDIARIO 2 \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
 INTERMEDIARIO 3 \_\_\_\_\_ Subagenzia \_\_\_\_\_

**Dati identificativi del Contraente**

Cognome e nome / Regione sociale\* \_\_\_\_\_ Data di nascita/Costituzione \_\_\_\_\_ Luogo di nascita/Costituzione \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

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 \_\_\_\_\_  
È obbligatorio l'invio di un documento valido.

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_

Persona politicamente esposta SI NO CATEGORIA P.E.P. (vedi informativa sul retro del modulo) \_\_\_\_\_ \*In caso di Contraente "persona giuridica", si prega di compilare la "SCHEDA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE/TITOLARI EFFETTIVI", da allegare alla presente proposta.

**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 \_\_\_\_\_

Relazioni tra Contraente ed esecutore: \_\_\_\_\_  
 esecutore legato da rapporti di parentela o di affinità con il Contraente;  
 esecutore legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare legame \_\_\_\_\_ Altro legame. Specificare legame \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ Persona politicamente esposta SI NO

**Ulteriori informazioni sull'Assicurando se riveste la qualifica di titolare effettivo in caso di contratto per conto altrui - ex art. 1891 c.c.**

Persona fisica, diversa dal cliente, nell'interesse della quale in ultima istanza il rapporto continuativo è instaurato o l'operazione è eseguita:  
 Titolare effettivo legato da rapporti di parentela o di affinità con il Contraente.  
 Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare: \_\_\_\_\_  
 Altro legame. Specificare: \_\_\_\_\_

\*\* Campo obbligatorio  
 Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta si compone di 7 caratteri e si compone 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

**(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.

**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

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 desideri è possibile indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario, al quale la Compagnia farà riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

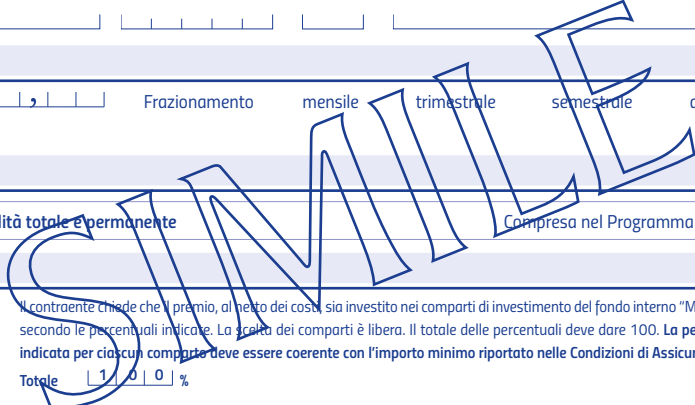
**Referente terzo**

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 (premio minimo annuo Euro 900,00) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Frazionamento  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Durata versamento premi (minimo 10 anni massimo 20 anni) \_\_\_\_\_



**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**

Comparto "MULTIPLANO LINEA BILANCIATA" - categoria: bilanciato \_\_\_\_\_ %

Comparto "MULTIPLANO LINEA AZIONARIA" - categoria: azionario \_\_\_\_\_ %

Totale \_\_\_\_\_ %

Il contraente chiede che il premio, al netto dei costi, sia investito nei comparti di investimento del fondo interno "Multiplano", 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 di Assicurazione.

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/BAN 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.

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.

**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 Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui 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:**

- 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;
- 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)

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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.

**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 fruisce 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?  SI  NO Quale?  
(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)

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 \_\_\_\_\_ Peso: kg \_\_\_\_\_

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "SI", 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 dalla 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, malattie reumatiche con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)  SI  NO

**del sistema nervoso o della psiche?**  
(epilessie, 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

SAMPLE

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando

**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

**Informazioni per l'adeguata verifica della clientela**

Il cliente dovrà fornire risposte precise ai quesiti sotto elencati. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità da parte della Compagnia, a dar seguito all'operazione richiesta.

- a) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: Risparmio; Investimento; Protezione.
- b) Indicare la prevalente provenienza dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione: Reddito da lavoro dipendente Reddito da lavoro autonomo Vincita Lascito/eredità/donazione  
 Reddito da precedente occupazione/pensione Operazioni/ Rendite da immobili Utile societario/Reddito d'impresa Disinvestimento Reinvestimento  
 Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni Scudo fiscale Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ULTERIORI INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE**

**Persona giuridica:**

Tip. di Ragione sociale (3) da inserire obbligatoriamente in caso di Contraente "persona giuridica" \_\_\_\_\_  
 S.A.E. Cod. ( ) Descrizione \_\_\_\_\_ ATECO Cod. ( ) Descrizione \_\_\_\_\_

**Persona fisica (tutti i termini sono da intendersi al maschile e al femminile):**

Dipendente Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.) Imprenditore Libero professionista Lavoratore autonomo  
 Non occupato (disoccupato, casalinga, studente) Pensionato  
 S.A.E. Cod. ( ) Descrizione \_\_\_\_\_ T.A.E. (tipo di attività economica) Cod. ( ) Descrizione \_\_\_\_\_

**Fascia di reddito (persona fisica)/fatturato (persona giuridica) del Contraente**

Fascia Reddito annuo o Fatturato annuo:  
 da Euro 0 a Euro 2.500 da Euro 2.501 a Euro 20.000 da Euro 20.001 a Euro 50.000 da Euro 50.001 a Euro 100.000 da Euro 100.001 a Euro 250.000 da Euro 250.001 a Euro 500.000  
 da Euro 500.001 a Euro 1.000.000 da Euro 1.000.001 a Euro 2.000.000 da Euro 2.000.001 a Euro 10.000.000 da Euro 10.000.001 a Euro 50.000.000 superiore a Euro 50.000.000

**Ulteriori informazioni economiche per il Contraente (persona giuridica)**

Risultato economico: Utile Perdita Numero di esercizi in perdita: 1 2 3 o oltre

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al Vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.  
 Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) \_\_\_\_\_

**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 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 \_\_\_\_\_

\* La causale dovrà essere compilata come di seguito indicato, per un totale di 25 caratteri consecutivi:  
 - codice fiscale (16 caratteri) e numero di proposta (9 caratteri);  
 - partita iva (11 caratteri), numero di proposta (9 caratteri) e 5 "x" per completare la sequenza.

**Ulteriori dichiarazioni**

**DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:  
 - il documento contenente le informazioni chiave Codice VITK70069;  
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70069;  
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70069.  
 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 \_\_\_\_\_ 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.

**Ulteriori informazioni per l'adeguata verifica della clientela a cura dell'Intermediario**

Modalità di svolgimento del rapporto continuativo: In presenza del cliente/legale rappresentante In presenza del solo delegato Mediante telefono o attraverso internet  
 Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto: Normale Riluttante a fornire informazioni sufficienti Il cliente ha chiesto di ristrutturare il rapporto o l'operazione perché l'originaria impostazione implicava l'identificazione o un supplemento di istruttoria Il cliente intende operare con modalità non usuali Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione  
 Compatibilità del rapporto/operazione con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente: Polizza/operazione compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente Polizza/operazione non compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del Contraente Non conoscenza della compatibilità

**Documentazione raccolta che attesta i poteri dell'esecutore ovvero del soggetto che agisce in nome e per conto del Contraente (da compilare nell'eventualità che sia presente un esecutore diverso dal Contraente):**

Procura/Delega Delibera assemblea/C.d.A. Provvedimento giudice tutelare Statuto Visura camerale  
 Luogo e data \_\_\_\_\_ Nominativo Rilevatore \_\_\_\_\_ Firma del Rilevatore \_\_\_\_\_

(3) INDICARE LA TIPOLOGIA DI RAGIONE SOCIALE IN BASE AI RELATIVI CODICI:

0 Ditta Individuale; 1 Società in nome collettivo (Snc); 2 Società in accomandita semplice (Sas); 3 Società a Responsabilità limitata (Srl); 4 Società per Azioni (Spa); 5 Società in accomandita per Azioni (Sapa); 6 Cooperativa; 7 Altre Associazioni; 8 Non profit/strutture analoghe; 9 Soc. semplici (S.s.); 10 Condominio; 11 Trust/Strutture analoghe; 12 Enti religiosi.

# FAC - SIMILE

## Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. n. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo IN MATERIA DI ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge (D.Lgs. n. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017) in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.

Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo per adempiere ad obblighi di legge.

L'esercizio dei diritti inerenti i dati forniti è disciplinato dal Regolamento (UE) n. 679/2016 cui si rinvia.

Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A.

L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile nel sito internet della Società all'indirizzo [www.italiana.it](http://www.italiana.it).

### Obblighi del cliente

#### Art. 22 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

- I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
- Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
- Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del Codice Civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inescritibile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del Codice Civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del Codice Civile.
- Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
- I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per cui intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b), i medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

### Obbligo di astensione

#### Art. 42 comma 1, 2 e 4 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

- I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e d), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
- I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
- È fatto in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

### Sanzioni penali

#### Art. 55, comma 3 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

- Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

### Titolare effettivo

#### Art. 1 comma 2 lettera pp) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

Titolare effettivo è la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita;

#### Art. 20 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

- Il titolare effettivo di clienti ovvero delle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
- Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali: a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica; b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
- Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza: a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria; b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria; c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
- Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
- Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi: a) i fondatori, ove in vita; b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili; c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
- I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

### Persone politicamente esposte

#### Art. 1 comma 2 lettera dd) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

Persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di: 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici; 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri; 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti; 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri; 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti; 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale. 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari; 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

#### Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

### Beneficiario

#### Art. 1 comma 2 lett. e) del D.Lgs. 231/2007 come modificato dal D.Lgs. 90/2017

Beneficiario della prestazione assicurativa:

- la persona fisica o l'entità diversa da una persona fisica che, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall'assicurato, ha diritto di percepire la prestazione assicurativa corrisposta dall'impresa di assicurazione;
- l'eventuale persona fisica o entità diversa da una persona fisica a favore della quale viene effettuato il pagamento su disposizione del beneficiario designato.

# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

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



Mod. VITPX70069 - ed. 01/2023



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.