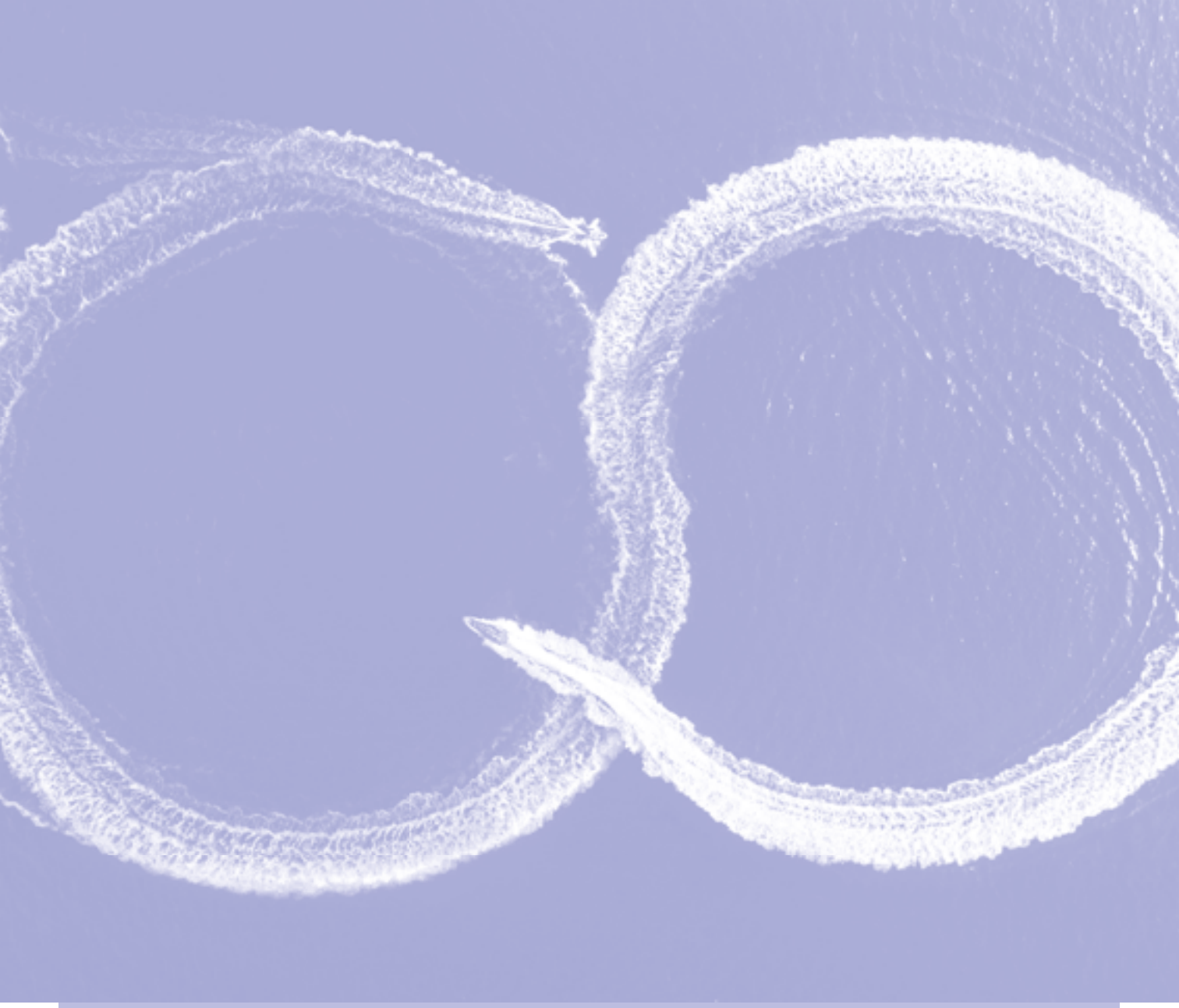

Italiana Doppia GS - Limitless

PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO A VITA INTERA A PREMIO UNICO CON PRESTAZIONI COLLEGATE A DUE GESTIONI SEPARATE

PREFIN TOP E SERIE SPECIALE EX ISTITUTO

MODULO DI PROPOSTA

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

ITALIANA ASSICURAZIONI

PROPOSTA N.

ITALIANA DOPPIA GS - LIMITLESS

Tariffa **ITA492DGS1**

INTERMEDIARIO
INTERMEDIARIO 2
INTERMEDIARIO 3
Decorrenza polizza

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 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

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

FAC-SIMILE

* Campo obbligatorio

Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta e intermedia il contratto si compone di 7 caratteri in questa maniera:

- Posizione 1 (Codice Collaboratore)
- Posizione 2 (Codice Compagnia): per Italiana Assicurazioni è '3'
- Posizione 3, 4, 5: Codice Agenziale
- Posizione 6-7: è il numero progressivo attribuito automaticamente dal sistema per ciascun codice intermediario

La formazione preventiva di prodotto è obbligatoria ai sensi dell'art 89 Reg. 40/18. I requisiti formativi vengono verificati tramite il codice CUC. In assenza i sistemi informatici non permettono il caricamento della proposta.

(1) RESIDENZA FISCALE NEGLI STATI UNITI AI FINI FATCA

Salvo eccezioni, ai fini della normativa FATCA si considera "residente fiscale negli Stati Uniti" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

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:

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
1				
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
2				
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
3				
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
4				
	Recapito	Indirizzo e-mail		☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento
5				
	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

Versamenti

Spese di emissione **Euro 50,00**

Importo: (minimo Euro 5.000,00, massimo Euro 1.000.000) Euro _____ , ___

Il premio, al netto dei costi, verrà investito nelle due gestioni separate con le seguenti percentuali:

Gestione separata	Percentuale di investimento
Prefin Top	40%
Serie Speciale Ex-Istituto	60%

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 IT57G0313801000000012611406, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino;
- assegno bancario postale o circolare non trasferibile intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
- assegno bancario postale o circolare non trasferibile intestato all'Agenzia, solo per importi inferiori a 50.000,00 Euro;
- bancomat/Carta di credito.

Attenzione: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'impresa, ovvero all'agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.

Revocabilità della proposta e diritto di recesso del Contraente ☛ Per le modalità di esercizio si rimanda alle Condizioni di Assicurazione

FAC-SIMILE

[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 nasciturì 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.

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 Società eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni del questionario sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione da parte della Società per l'adeguatezza del prodotto in sottoscrizione;
- **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.

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente) ✗ _____

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 ✗ _____

Spazio riservato all'Intermediario

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento) _____

ritira: ☐ Bonifico ☐ Assegno bancario ☐ Assegno postale ☐ Assegno circolare ☐ Reinvestimento ☐ Bancomat/Carta di credito

Intestato a: ☐ Italiana Assicurazioni S.p.A ☐ _____

dell'importo di Euro _____

☐ **BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO** ☐ **BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN AGENZIA** ☐ **BARRARE SE SI EFFETTUA INCASSO IN DIREZIONE**

In caso di bonifico a favore di Italiana Assicurazioni, la causale* è _____

Firma dell'Intermediario ✗ _____

* 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 comprensivo del Documento sulla Sostenibilità) Codice VITK70108;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) Codice VITDA70108;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70108.

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 _____

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) ✗ _____

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.

FACSIMILE

FAC-SIMILE
BIANCA

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. VITPX70108 - ed. 05/2023

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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.