PROPOSTA

GHIBLI – tar. 428 A

MODULO DI PROPOSTA

*Agenzia*_____ *Codice [___]*

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome (o ragione sociale): _____ *Sesso:*_____

*Data di nascita/Costituzione:*___/___/_____ *Luogo di nascita/Costituzione*_____ *Prov.:*___

*Cod. Fiscale (o partita iva):*_____

*Indirizzo di Residenza/Sede:*_____ *Cap:*_____ *Comune:*_____ *Prov.:*_____

*Tipo di documento:*_____ *Num. Di documento:*_____ *Data di rilascio:*___/___/_____

*Autorità di rilascio:*_____ *Località di rilascio:*_____

DATI IDENTIFICATIVI DELL'EVENTUALE ESECUTORE PER CONTO DEL CONTRAENTE

Qualifica: □ *Rappresentante legale* □ *Delegato* □ *Tutore*

Cognome e Nome: _____ *Sesso:*_____

*Data di nascita:*___/___/_____ *Luogo di nascita:*_____ *Prov.:*_____

*Cod. Fiscale (o partita iva):*_____

*Indirizzo di Residenza :*_____ *Cap:*_____ *Comune:*_____ *Prov.:*_____

*Tipo di documento:*_____ *Num. Di documento:*_____ *Data di rilascio:*___/___/_____

*Autorità di rilascio:*_____ *Località di rilascio:*_____

Relazione 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* _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURANDO (se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome: _____ *Sesso:*_____

*Data di nascita:*___/___/_____ *Luogo di nascita:*_____ *Prov.:*_____

*Cod. Fiscale:*_____

*Indirizzo di Residenza :*_____ *Cap:*_____ *Comune:*_____ *Prov.:*_____

*Tipo di documento:*_____ *Num. Di documento:*_____ *Data di rilascio:*___/___/_____

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - CAPITALE SOCIALE € 57.626.357,25 I.V. - REG. IMP. 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.

Autorità di rilascio:_____ Località di rilascio:_____

Ulteriori informazioni sull'Assicurato 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 col Contraente*
- □ *Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il Contraente. Specificare _____*
- □ *Altro legame. Specificare _____*

BENEFICIARI

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 (o ragione sociale):_____

Data di nascita:___/___/_____ Cod. Fiscale (o partita iva):_____ % di beneficio_____

Recapito :_____ indirizzo mail: _____

□ *escludere invio comunicazioni al beneficiario prima dell'evento*

Cognome e Nome (o ragione sociale): _____

Data di nascita:___/___/_____ Cod. Fiscale (o partita iva):_____ % di beneficio_____

Recapito :_____ indirizzo mail: _____

□ *escludere invio comunicazioni al beneficiario prima dell'evento*

Beneficiario non nominativo _____

Qualora il Contraente lo desideri, compilando l'apposito modulo è possibile indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario, al quale la Compagnia farà riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

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

DATI DEL CONTRATTO

Tar. 428 A

Contratto di assicurazione a vita intera a premio unico con partecipazione agli utili riservato ai correntisti di Banca del Piemonte

Decorrenza ___/___/_____ **Durata del contratto:** vita intera

€	-	**€ 15,00**	=	**€**
Premio versato		Caricamento per spese di emissione del contratto		Premio netto* (capitale investito)

VERSAMENTO AGGIUNTIVO

POLIZZA N._____

PREMIO VERSATO: _____ -
CARICAMENTO PER SPESE DI EMISSIONE ***5,00 euro*** =
PREMIO AGGIUNTIVO NETTO _____

FONDI INTERNI DI INVESTIMENTO

Italiana Linea Stabile ***(codice fondo interno 620)***	***Italiana Linea Bilanciata Vivace*** ***(codice fondo interno 656)***	***Italiana Linea Bilanciata Aggressiva*** ***(codice fondo interno 657)***
____%	____%	____%

REVOCA DELLA PROPOSTA

Prima della data di entrata in igore del Contratto, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione tramite raccomandata A/R inviata a Italiana Assicurazioni S.p.A. ed in tal caso verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla revoca stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato.

DIRITTO DI RECESSO

Entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, il Contraente può, inviando una raccomandata A/R a Italiana Assicurazioni S.p.A., recedere dal contratto. Il recesso decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio ed ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del recesso, Italiana Assicurazioni S.p.A. rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto del caricamento per spese di emissione del contratto effettivamente sostenuto di cui al punto 5.1.1 della Nota Informativa.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio unico iniziale (e gli eventuali versamenti aggiuntivi) devono essere incassati tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente.

Attenzione: non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

DICHIARO di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITAK58664;

- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITADA58626;

- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITACC58626.

Luogo e data *Il 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 (allegati 3 e 4).

DICHIARO altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA

Firma dell'Intermediario

_____

DICHIARO:

- di aver preso visione del documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari devono attenersi (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018);

- di aver ricevuto copia della dichiarazione contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività dallo stesso svolta (conforme al modello di cui all'allegato 4 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)***

_____ _____

Il CONTRAENTE	L'ASSICURATO	ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. L'intermediario
_____	_____	_____

Si dà quietanza, salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato, dell'importo di euro_____

L'Agente, il Procuratore o l'Esattore

_____,lì_____ Nome e Cognome_____

Firma_____

Il prodotto rientra nella normativa FATCA e CRS