



Domani - *per la vita*

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA A PREMI ANNUI PAGABILE IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIMENTO DEGLI ATTI DI VITA QUOTIDIANA.

MODULO DI PROPOSTA

Domani - per la vita

Prodotto **ITA39**

INTERMEDIARIO _____
INTERMEDIARIO 2 _____
INTERMEDIARIO 3 _____

CUC* _____
Cod. _____
Subagenzia _____

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) _____ 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 _____

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 _____

Garanzie e prestazioni incluse

Rendita assicurata mensile per il caso di non autosufficienza Euro _____ pari a una rendita annuale di Euro _____
(minimo Euro 500,00 mensili - massimo Euro 4.000,00 mensili)

Decorrenza _____

Capitale erogato in unica soluzione al riconoscimento della diagnosi di non autosufficienza: Euro 10.000,00 Euro 20.000,00

Premio annuo comprensivo dei diritti di quietanza (pari a Euro 2,00) Euro _____

Frazionamento del premio Spese di emissione Euro 10,00

Mensile Trimestrale Quadrimestrale Semestrale Annuale

N.B.: nel caso in cui non fosse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento mensile.

Beneficiari

In caso di perdita dell'autosufficienza l'importo liquidabile sarà pagato all'Assicurato stesso. escludere l'invio di comunicazioni prima dell'evento

* Campo obbligatorio
Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta e intermedia il contratto e 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.

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 IT57G031380100000012611406, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino;

- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
- attivazione della procedura SDD solo per le rate successive alla prima; se la periodicità di versamento dei premi prescelta è mensile, il contraente deve versare in unica soluzione l'importo relativo ai primi due mesi;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato all'Agenzia, solo per importi inferiori a 15.000,00 Euro (50.000,00 Euro in caso di compilazione della proposta tramite sistemi informatici);
- 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

Dichiarazioni dell'Assicurando (si richiama l'attenzione dell'Assicurando sulla necessità di verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate)

1. 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?
2. L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, o nell'esercizio di attività extraprofessionali e/o di volontariato, è esposto a speciali pericoli? SI NO Quando? (esempio: contatti con materie velenose 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)
3. L'Assicurando pratica sport? SI NO Quali? Come professionista o come dilettante?
4. 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?
5. L'altezza e il peso dell'Assicurando rientrano in una delle colonne della tabella sottostante? SI NO

Altezza in cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Peso in Kg	40 - 72	43 - 77	46 - 82	48 - 87	52 - 93	54 - 98	58 - 104	61 - 110	64 - 116	68 - 123

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurando _____

Questionario sanitario dell'Assicurando (valido esclusivamente per assicurandi fino a 65 anni di età e per rendite fino a Euro 1.500,00)

1. Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie: SI NO
 - a. Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi;
 - b. Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata;
 - c. Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
 - d. Diabete;
 - e. Epatite B o C, cirrosi epatica;
 - f. Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi;
 - g. Insufficienza respiratoria;
 - h. Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti;
 - i. Sclerosi multiplo, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni;
 - j. Artrite, artrite reumatoide, osteoporosi;
 - k. Trapianto d'organo;
 - l. HIV o malattie HIV-correlate;
 - m. Abuso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti;
 - n. Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare?
2. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o ha fatto richiesta per ottenerla? SI NO
3. Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa? SI NO
4. Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdite di memoria vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti, o affaticamento cronico? SI NO
5. Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, Sclerosi Multipla? SI NO
6. Soffre o ha sofferto negli ultimi 5 anni di malattie per cui è stata necessaria o prescritta una cura farmacologica continuativa di oltre 21 giorni (ad eccezione di anticoncezionali, anti-ipertensivi, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per ipercolesterolemia)? SI NO
7. È stato ricoverato o operato negli ultimi 10 anni oppure è attualmente in attesa di ricovero o intervento per motivi diversi da appendicectomia, emorroidectomia, varicectomia, infortuni senza postumi, parto, adenotonsillectomia, meniscectomia, legamenti ginocchio, colecistectomia? SI NO
8. Soffre di una malattia cronica o terminale, usufruisce o ha usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti, croniche o rare? SI NO

N.B.: in caso di risposta affermativa ad uno o più dei precedenti punti è necessario fornire dettagli completi (tipo di trattamento, data di diagnosi, data ricovero, tipo di intervento, esito ed eventuali cartelle cliniche se disponibili).

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurando _____

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 ai questionari sanitari riportati nella presente proposta 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);
- **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) la Società ha facoltà di richiedere in qualsiasi momento 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;
 - c) 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;
 - d) la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto si intenderà concluso nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento dell'originale di polizza emessa dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito gratuito e non produttivo di interessi e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente conclusione del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione la Società restituirà la somma trattenuta a titolo di deposito gratuito.

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:

- il documento informativo precontrattuale (DIP Vita) Codice VITD70076;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITDA70076;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70076.

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.

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 assicurativo non IBP" (allegato 4) 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.

La presente Proposta ha una validità di 30 giorni dalla data di sottoscrizione. In ogni caso l'emissione del contratto è possibile esclusivamente entro la data di fine commercializzazione della relativa edizione di tariffa.

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 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 _____

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".

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70076 - 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@pecitaliana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - 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.