

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 CONTRAENTEQualifica: ☐ 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: _____

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: ____/____/____

Autorità di rilascio: _____ Località di rilascio: _____

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 _____

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 (o ragione sociale): _____
Data di nascita/Costituzione: ____/____/____ Codice Fiscale (o partita iva): _____
Indirizzo: _____ Località: _____ CAP _____ Prov.: _____
Indirizzo mail: _____

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

<i>Italiana Linea Stabile</i> (codice fondo interno 620)	<i>Italiana Linea Bilanciata Vivace</i> (codice fondo interno 656)	<i>Italiana Linea Bilanciata Aggressiva</i> (codice fondo interno 657)
_____%	_____%	_____%

REVOCA DELLA PROPOSTA

Prima della data di entrata in vigore 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.

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 IBIP) 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.

DICHIARO altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA

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)

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

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.