

**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: \_\_\_\_\_

**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.**