



Domino Wellness

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA
PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE ED A PREMIO
ANNUO COSTANTE.

MODULO DI PROPOSTA

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	Indirizzo di residenza	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	☐ M ☐ F	_____	
Comune	Prov.	CAP	Paese
_____	_____ _____	_____ _____ _____	_____
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
_____	_____ _____	_____ _____ _____	_____
Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile)	N. documento	Data di rilascio/rinnovo	Data di scadenza
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Rilasciato da	Località di rilascio		
_____	_____		

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:

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

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

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

Beneficiario non nominativo ⁽¹⁾

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

Referente terzo

Cognome e nome/Ragione sociale			Data di nascita			Codice fiscale											
Indirizzo			Località			CAP			Provincia			Indirizzo email					

Caratteristiche contrattuali

Tariffa Standard	Tariffa con durata fissa 5 anni.
Tariffa 147A	Tariffa dedicata ad Assicurati con pressione arteriosa, colesterolo e indice di massa corporea compresi in prefissati intervalli di valori. Durata fissa 5 anni.

Garanzie Complementari

Garanzie Complementari del piano base

Terminal Illness ("Malattia Terminale"). Il costo della prestazione complementare è compreso nel piano base (la durata è pari a quella della tariffa Temporanea di base diminuita di 1 anno).

Premio dell'assicurazione

Premio **annuo** totale iniziale, comprese le eventuali Garanzie Complementari Euro _____ Età dell'assicurato _____ Durata dell'assicurazione: _____

Frazionamento del premio annuo; diritti di quietanza non previsti. ☐ Annuale ☐ Semestrale Decorrenza _____

Prima rata Euro _____, _____ coincidente con l'incasso sulla proposta. Capitale iniziale polizza base Euro _____, _____

N.B.: Nel caso in cui non venisse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento del premio annuale. Spese di emissione **non previste**

Premio annuo totale comprensivo delle Garanzie Complementari:

Importi in euro									
Tariffa Standard	50,00	75,00	100,00	150,00	200,00	250,00	300,00	400,00	500,00
Tariffa 14% A	42,50	63,75	85,00	127,50	170,00	212,50	255,00	340,00	425,00

Durata dell'assicurazione: 5 anni

Età dell'Assicurato alla decorrenza (compresa tra 20 e 59 anni)

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 modalità indicate di seguito:

- **direttamente all'Intermediario solo per importi inferiori a 15.000,00 Euro (50.000,00 Euro in caso di compilazione della proposta tramite sistemi informatici) con:**
 - assegno bancario, postale o circolare con clausola di non trasferibilità;
 - bonifico Sepa;
 - bancomat/carta di credito;
- **direttamente alla Compagnia con:**
 - 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 indicando come causale: NUMERO DI PROPOSTA / COGNOME CONTRAENTE.
 - assegno bancario, postale o circolare, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A., con clausola di non trasferibilità.

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

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

Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico (Il consenso non è riferibile all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento)

Con riferimento al presente contratto, il sottoscritto Contraente dichiara di dare il proprio consenso alla Compagnia affinché, nel corso del rapporto contrattuale, la stessa possa inviare la documentazione disponibile in formato elettronico (o le specifiche informazioni per il relativo recupero) al seguente indirizzo di posta elettronica, attualmente valido e regolarmente in uso. A tale proposito, il medesimo Contraente si impegna a comunicare ad Italiana Assicurazioni o all'Intermediario ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sotto indicato. La Compagnia si riserva, in caso di sopraggiunte difficoltà tecniche, di provvedere alla spedizione della documentazione anche in formato cartaceo.

Indirizzo e mail |

Firma del Contraente

X

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

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

- il documento informativo precontrattuale (DIP Vita) Codice VITD70014;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) Codice VITDA70014;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70014

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

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

X

DICHIARO:

- di aver ricevuto e preso visione del documento riepilogativo "Informativa sul distributore" (allegato 3), del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP" (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)

X

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.

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 ☐ Bancomat/Carta di credito ☐ 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

X

* compilare la causale inserendo:

- C.F. del Contraente (16 caratteri) e Numero di Proposta (9 cifre)
- P.IVA del Contraente (11 caratteri), Numero di Proposta (9 cifre) e 5 "x".

Consenso al trattamento dei dati personali

☐ **Consenso necessario:** Io/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati), presta il suo consenso, al trattamento dei dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 della stessa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

☐ **Consensi facoltativi per attività commerciali e di marketing:** la Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente informativa. Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poter aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere. Per questo motivo, la Società le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali con riferimento a specifiche finalità apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no. Il suo eventuale consenso costituisce la base giuridica per il trattamento dei dati in relazione a dette finalità.

a) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria

SI

NO

- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI

NO

b) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria

SI

NO

- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI

NO

c) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria

SI

NO

- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI

NO

d) per partecipare a rilevazioni della qualità di servizi, elaborazione di studi, indagini statistiche e ricerche di mercato, effettuati da soggetti terzi per conto della Compagnia:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria

SI

NO

- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI

NO

e) per partecipare a concorsi e operazioni a premio:

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria

SI

NO

- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI

NO

f) per il compimento di attività di collocamento di servizi on line:

SI

NO

Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

X

FAC - SIMILE

* Campo obbligatorio
Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta si compone di 7 caratteri e si compone 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

(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 nati del'Assicurato in parti uguali - **Cod. 5** - Il coniuge dell'Assicurato - **Cod. 6** - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nati 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.

Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016

1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative

La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati da Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere ad obblighi di legge.

2. Base giuridica del trattamento

In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall' esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata

I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi

I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.italiana.it. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: benvenuti@italiana.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@italiana.it.

7. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70014 - ed. 03/2022



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@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.