



# 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 \_\_\_\_\_

CUC\* \_\_\_\_\_

INTERMEDIARIO 2 \_\_\_\_\_

Cod. \_\_\_\_\_

INTERMEDIARIO 3 \_\_\_\_\_

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 an/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

**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

**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

\_\_\_\_\_

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

- 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?
- 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 venefiche 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)
- L'Assicurando pratica sport?  SI  NO Quali? Come professionista o come dilettante?
- 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?
- 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 redditi fino a Euro 1.500,00)

- Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie?  SI  NO
  - Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi;
  - Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata;
  - Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale;
  - Diabete;
  - Epatite B o C, cirrosi epatica;
  - Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi;
  - Insufficienza respiratoria;
  - Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti;
  - Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni;
  - Artrite, artrite reumatoide, osteoporosi;
  - Trapianto d'organo;
  - HIV o malattie HIV correlate;
  - Abuso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti;
  - Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare?
- È titolare di una pensione di invalidità o inabilità o ha fatto richiesta per ottenerla?  SI  NO
- 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
- Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdite di memoria vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti, o affaticamento cronico?  SI  NO
- 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
- 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
- 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
- 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 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)

\_\_\_\_\_

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  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 \_\_\_\_\_

Se si tratta di reinvestimento indicare numero di polizza in scadenza/scaduta \_\_\_\_\_

Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_

- \* 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:** il/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 del Contraente

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_

- 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 poterla 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)

\_\_\_\_\_

## 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 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](http://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 tempestiva risposta 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: [benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@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](mailto:dpo@italiana.it).

### 7. Titolare del trattamento

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

\* 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

# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

[benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. VITPX70076 - 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@pecitaliana.it](mailto:italiana@pecitaliana.it) [www.italiana.it](http://www.italiana.it) - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - [benvenutitaliana@italiana.it](mailto: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.