



Tutela Premium

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN FORMA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Tutela Premium

Prodotto ITA15PF

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 _____

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:

	Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale/P.Iva	% di beneficio
1	_____	_____	_____	_____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
2	_____	_____	_____	_____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
3	_____	_____	_____	_____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
4	_____	_____	_____	_____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____	<input type="checkbox"/> escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
5	_____	_____	_____	_____
	Recapito _____	Indirizzo e-mail _____	<input type="checkbox"/> 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		Indirizzo email	
		CAP		Provincia	

Caratteristiche contrattuali

<input type="checkbox"/> Standard	Tariffa per fumatori. Il premio ed il capitale rimangono costanti per tutta la durata contrattuale. Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale.	Età	Capitale assicurato Euro	Durata
<input type="checkbox"/> Premium non Fumatore	Tariffa per non fumatori. Il premio ed il capitale rimangono costanti per tutta la durata contrattuale. Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale.	Decorrenza		

Frazionamento del premio

Annuale
 Semestrale
 Quadrimestrale
 Trimestrale
 Mensile

N.B. Nel caso in cui non fosse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento annuale.

Premio annuo iniziale comprensivo dell'eventuale premio dell'Assicurazione complementare infortuni e dei diritti di quietanza (pari a Euro 1,00).

Il premio annuo non può essere inferiore a Euro 96,00⁽²⁾ Durata

Spese di emissione **Euro 10,00**

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

Le esclusioni per la garanzia morte

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, con le limitazioni di garanzia sotto specificate nel caso in cui il decesso sia avvenuto:

- in uno qualunque dei paesi indicati come paese a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiassicurati.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione; oppure nel caso in cui il decesso sia stato causato da:
 - dolo del Contraente o del Beneficiario;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
 - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 - suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
 - abuso continuativo di alcolici comprovato da documentazione sanitaria;
 - uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
 - la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
 - malattie o condizione patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Società con dolo o colpa grave.

Per ulteriori dettagli si rimanda alle Condizioni Contrattuali.

Garanzie Complementari

Assicurazione Complementare per il caso di morte da infortunio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assicurazione Complementare "Salvavita" per il caso di malattia grave (capitale massimo Euro 220.000,00 - validità massima 10 anni) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Estensione Garanzia Salvavita (Invalidità Totale Permanente generica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Capitale da assicurare Euro _____	Premio annuo Euro _____	

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il pagamento del premio - che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante - può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:

- direttamente all'intermediario (nei limiti degli importi indicati in Proposta) con:
 - assegno bancario, postale o circolare con clausola di non trasferibilità intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
 - bonifico SEPA intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A.;
 - boncomat/carta di credito.
- direttamente alla Compagnia (nei limiti degli importi indicati in Proposta) 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 Saccardi, 13 - 10122 Torino indicando come causale: NUMERO DI POLIZZA / NOME e COGNOME CONTRAENTE;
 - assegno bancario, postale o circolare, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A, con clausola di non trasferibilità.

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 e Dichiarazione dell'Assicurando relative allo stato di non fumatore (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? (esempio: contatti con materie velenifere 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) SI NO Quale?

L'Assicurando pratica sport? SI NO Quali? Come professionista o come dilettante?

(DA COMPILARE SOLO PER LA TARIFFA NON FUMATORI)

L'Assicurato dichiara di non aver fatto uso di tabacco negli ultimi 5 anni e di non aver smesso di fumare su consiglio medico SI NO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese in sede di Proposta, devono essere esatte, complete e veritiere. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, in questi casi la Società si riserva:

- di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurando _____

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato e AVVERTENZE

- 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 al questionario sanitario riportate 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) l'importo di premio indicato nella presente proposta è meramente indicativo e potrà essere rideterminato sulla base delle dichiarazioni dell'Assicurato e sulle risultanze degli accertamenti sanitari.

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) mod. VITD70016;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) Mod. VITDA70016;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Mod. VITCC70016

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.

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)

Firma dell'Intermediario

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 Incassato 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 cifre)
- P.IVA del Contraente (11 caratteri), Numero di Proposta (9 cifre) e 5 "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

⁽¹⁾ **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 dell'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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70016 - ed. 11/2022



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 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.