



Domino Free

Premio unico

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA
PER IL CASO DIMORTE A PREMIO UNICO
E CAPITALE DECRESCENTE (TARIFFA ITA_212B)

MODULO DI PROPOSTA

Domino Free Premio Unico

Tariffe ITA_212B

 INTERMEDIARIO _____ CUC* _____
 INTERMEDIARIO 2 _____ Cod. _____
 INTERMEDIARIO 3 _____ Subagenzia _____
 Decorrenza polizza _____

Dati identificativi del Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale		Data di nascita/Costituzione	Luogo di nascita/Costituzione	Sesso
_____		_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)		Residenza/Sede		N.
_____		_____		_____
<input type="checkbox"/> 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)		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		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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
	_____	_____	_____	_____
2	Recapito	Indirizzo e-mail		<input type="checkbox"/> 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
	_____	_____	_____	_____
4	Recapito	Indirizzo e-mail		<input type="checkbox"/> 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		<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	CAP
		Provincia
		Indirizzo email

Caratteristiche contrattuali

Tariffa ITA_212B	Tariffa dedicata ad Assicurati che hanno sottoscritto mutui immobiliari o crediti al consumo.
------------------	---

Garanzie Complementari

<input type="checkbox"/> Garanzia Invalidità Permanente	La presente garanzia complementare prevede il pagamento del capitale assicurato per la garanzia base in caso di sopravvenuta invalidità permanente
---	--

Premio e prestazioni

Premio al perfezionamento compresa l'eventuale Garanzia Complementare Invalidità Permanente	Età dell'Assicurato:
Durata dell'assicurazione (da 2 a 30 anni):	Durata pagamento dei premi
Decorrenza	Scadenza
Frequenza di versamento del premio	Frequenza di decrescenza del capitale
Importo rate successive	
Capitale assicurato iniziale Euro	Spese Emissione Euro
Diritti di quietanza Euro	
Se si tratta di investimento indicare il 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 IT57G031380100000012611406, 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

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

a) L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruisce di pensione di invalidità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Per quale motivo? Da quando?
b) 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quale motivo?
c) 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 velenose 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)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quale?
d) L'Assicurando pratica sport?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Come professionista o come dilettante?
e) L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente?
f) Altezza e peso attuali	Altezza: cm _____	Peso: kg _____

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "SI", è obbligatorio compilare anche le domande riportate nella colonna di destra per consentire una corretta e completa valutazione.

1. Ai Suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di malattie del cuore o circolatorie, ictus, diabete, tumori maligni, malattie renali, malattie nervose o mentali prima dell'età di 60 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali malattie (in caso di tumore specificare la parte interessata)? Quando? A quale età è stata riscontrata la malattia? A quali persone? Sono ancora in vita?
2. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo?
3. Si è mai sottoposto a test e analisi speciali (inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B o AIDS) con esito positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quale motivo?
4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri) con esito fuori dalla norma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quale motivo?

5. Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico? SI NO Quali? Quando? Per quanto tempo? Per quale motivo? Con quale esito?

6. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? SI NO Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
È attualmente in cura?

7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? SI NO Quali? Qual è la causa?

8. Ha sofferto o soffre di malattie: SI NO Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia?

dell'apparato respiratorio? SI NO
(asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)

dell'apparato cardiocircolatorio? SI NO
(infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)

dell'apparato digerente? SI NO
(gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)

dell'apparato uro-genitale? SI NO
(nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)

dell'apparato osteo-articolare? SI NO
(artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)

del sistema nervoso o della psiche? SI NO
(epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)

del sistema endocrino-metabolico? SI NO
(diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)

del sangue? SI NO
(anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)

cancro o altri tumori maligni? SI NO

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurando _____

SIMILE

Dichiarazioni dell'Assicurando

L'Assicurando dichiara inoltre di:

essere "fumatore"
L'Assicurando dichiara con la presente di aver fumato nel corso degli ultimi 12 mesi

essere "non fumatore"
L'Assicurando dichiara con la presente di non aver fumato negli ultimi 12 mesi

Si conviene che le sopraindicate dichiarazioni, unitamente a quelle rese nel Questionario Sanitario e all'eventuale documentazione ivi richiesta, fanno parte integrante del contratto di assicurazione e sono elemento necessario per la conclusione del contratto.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurando _____

Accertamenti sanitari

Per gli accertamenti sanitari è previsto un contributo erogato da Italiana Assicurazioni S.p.A. pari alle spese effettivamente sostenute, con un massimo variabile in funzione del capitale assicurato, secondo la seguente tabella:

Capitale Assicurato	Età	
	Da 18 a 65 anni	Oltre 65 anni
Fino a Euro 300.000,00	Euro 50,00	Euro 50,00
Da Euro 300.000,01 a Euro 400.000,00	Euro 50,00	Euro 100,00
Da Euro 400.000,01 a Euro 500.000,00	Euro 100,00	Euro 100,00
Da Euro 500.000,01 a Euro 1.000.000,00	Euro 100,00	Euro 200,00
Oltre Euro 1.000.000,01	Euro 200,00	Euro 200,00

Le eventuali eccedenze al suddetto importo sono a carico dell'Assicurato.
Si ricorda che per capitali superiori a Euro 1.500.000,00 è necessaria la compilazione del questionario finanziario.

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando 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, che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni di dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui al Questionario Sanitario sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)
- AVVERTENZE:**
 - 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;
 - 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;
 - all'esito delle valutazioni assuntive, la Società può proporre la conclusione del contratto previo pagamento di un sovrappremio. In tal caso il Cliente verrà informato e in caso di mancata accettazione l'importo eventualmente versato verrà restituito;
 - 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;
 - la sottoscrizione della presente proposta ed il 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 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 imputata 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'Assicurato (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) VITD78383;
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) VITDA78383;
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario VITCC78383.

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.

Firma dell'Intermediario

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.

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

* La causale dovrà essere compilata come di seguito indicato, per un totale di 25 caratteri consecutivi:

- codice fiscale (16 caratteri) e numero di proposta (9 caratteri);
- partita iva (11 caratteri), numero di proposta (9 caratteri) e 5 "x" per completare la sequenza.

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. VITPX78383 - 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.