



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

PROPOSTA N. _____

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

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

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

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:

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

Garanzie Complementari	
☐ Garanzia Invalidità Permanente	La presente garanzia complementare prevede il pagamento del capitale assicurato per la garanzia base in caso di sopravvivenza 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	
Diritti di quietanza Euro	Spese Emissione 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 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

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?	☐ SI ☐ 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?	☐ SI ☐ 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 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?
d) L'Assicurando pratica sport?	☐ SI ☐ NO Quali? Come professionista o come dilettante?
e) 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?
f) Altezza e peso attuali	Altezza: cm _____ Peso: kg _____

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "Sì", 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?

SI

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.?

SI

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?

SI

NO

Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo?

4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri)?

SI

NO

Quali? Quando? Con quale esito? 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? È attualmente in cura?

SI

NO

Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?

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

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 degli ultimi 12 mesi

Si conviene che le sopraindicate dichiarazioni, unicamente 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:

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) 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;

d) 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;

e) 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 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)

X

Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)

X

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:
- il documento informativo precontrattuale (DIP Vita) VIT78383_DIP_03/2022
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) VIT78383_DAV_03/2022;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario VIT78383_COND_03/2022.

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.

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

X

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

* 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.

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 dell'Assicurando

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 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)

X

Italiana Assicurazioni S.p.A. | Proposta

Domino Free Premio Unico | VITPX78383 ed. 03/2022 | pag. 5 di 8

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 (ad. 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 vengano 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: benvenutinitaliana@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.

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