Domino Free

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE CONNESSO A MUTUI IMMOBILIARI O CREDITI AL CONSUMO.

MODULO DI PROPOSTA

ITALIANA ASSICURAZIONI

ITALIANA ASSICURAZIONI

PROPOSTA N.

Domino Free

Tariffa **ITA1_491C**

INTERMEDIARIO

INTERMEDIARIO 2

INTERMEDIARIO 3

CUC*

Cod.

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

☐ 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

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

È obbligatorio l'invio di un documento valido.

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

FAC-SIMILE

* Campo obbligatorio

Il campo CUC (Codice Unico Collaboratore) è la matricola di chi emette la proposta e intermedia il contratto e si compone di 7 caratteri 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

La formazione preventiva di prodotto è obbligatoria ai sensi dell'art 89 Reg. 40/18. I requisiti formativi vengono verificati tramite il codice CUC. In assenza i sistemi informatici non permettono il caricamento della proposta.

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	☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
2				
	Recapito	Indirizzo e-mail	☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
3				
	Recapito	Indirizzo e-mail	☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
4				
	Recapito	Indirizzo e-mail	☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	
5				
	Recapito	Indirizzo e-mail	☐ escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, prima dell'evento	

Beneficiario non nominativo[1] _____

Referente terzo

Cognome e nome/Ragione sociale | Data di nascita | Codice fiscale

Indirizzo | Località | CAP | Provincia | Indirizzo email

Caratteristiche contrattuali

Tariffa 491C	Tariffa dedicata ad Assicurati che hanno sottoscritto mutui immobiliari o crediti al consumo.

Garanzie Complementari

Garanzie Complementari del piano base
Terminal Illness ("Malattia Terminale"). La garanzia complementare è gratuita (la durata è pari a quella della tariffa Temporanea di base diminuita di un anno).

Premio dell'assicurazione

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

Frazionamento del premio annuo; ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Mensile

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.

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

Spese di emissione **Euro 15,00**

Diritti di quietanza **Euro 2,00**

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.

FAC-SIMILE

[1] **INDICARE I BENEFICIARI IN BASE AI RELATIVI CODICI:**
Cod. 2 - Il Contraente - **Cod. 3** - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 4** - I figli nati e nasciturі dell'Assicurato in parti uguali - **Cod. 5** - Il coniuge dell'Assicurato - **Cod. 6** - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nasciturі 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.

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

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 dell'Assicurando" 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);
- PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- PRENDO ATTO che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere 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;
- PRENDO ATTO che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- PRENDO ATTO che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.
- 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) 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, con evidenza del costo a suo carico.

Firma e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)
✗ _____

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)
✗ _____

SIMILE

A - 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 venefiche e/o esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti, pilota di velivoli in genere, forze dell'ordine, pompiere, 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 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) con esito positivo?	SI NO	Quali? Quando? Per quale motivo?
4.	Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri) con esito fuori dalla norma?	SI 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? 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? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)	SI NO	
	dell'apparato osteo-articolare? (artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)	SI NO	

del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, paresi, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)	SI NO
del sistema endocrino-metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)	SI NO
del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)	SI NO
cancro o altri tumori maligni?	SI NO

L'Assicurato 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 avere fumato nel corso degli ultimi 12 mesi

Si conviene che le soprainidicate 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** ✗ _____

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 ☐ Reinvestimento ☐ Bancomat/Carta di credito

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 ✗ _____

* compilare la causale inserendo:
- C.F. del Contraente (16 caratteri) e Numero di Proposta (9 caratteri)
- P.IVA del Contraente (11 caratteri), Numero di Proposta (9 caratteri) e 5 "x".

Ulteriori dichiarazioni

DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE
Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta:
- il documento informativo precontrattuale (DIP Vita) Codice VITD70015;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo VITA) Codice VITDA70015;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITC70015

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.

FACSIMILE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. VITPX70015 - ed. 05/2023

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

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.