



Key Man Protezione d'Impresa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER IL CASO DI MORTE
A VITA INTERA E IN FORMA COLLETTIVA.

MODULO DI PROPOSTA

Key Man Protezione d'Impresa

- ☐ Premio annuo costante ITA_C54RC
- ☐ Premio annuo rivalutabile ITA_C54R

INTERMEDIARIO _____

INTERMEDIARIO 2 _____

INTERMEDIARIO 3 _____

CUC** _____

Cod. _____

Subagenzia _____

Dati identificativi del Contraente

Ragione sociale	Data di Costituzione	Luogo di Costituzione	
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____	
Residenza / Sede	N.	Frazione (eventuale)	CAP
_____	_____	_____	_____ _____ _____
☐ 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.			
Comune	Prov.	Prefisso e telefono	Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale)
_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Società quotata ☐ SI ☐ NO ☐			

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

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Nazionalità
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____	_____	_____
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	☐ M ☐ F	_____		
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	
_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____	_____ _____ _____ _____	

Assicurato

1 Cognome e nome	Data di nascita	Capitale assicurato	Premio Annuo Iniziale
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
2 Cognome e nome	Data di nascita	Capitale assicurato	Premio Annuo Iniziale
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
3 Cognome e nome	Data di nascita	Capitale assicurato	Premio Annuo Iniziale
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
4 Cognome e nome	Data di nascita	Capitale assicurato	Premio Annuo Iniziale
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
5 Cognome e nome	Data di nascita	Capitale assicurato	Premio Annuo Iniziale
_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Ai fini della validità del Contratto ciascun Assicurato deve compilare e sottoscrivere la propria Scheda di Adesione che forma parte integrante della presente proposta.

Beneficiari

In caso di morte dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato al Contraente.

Caratteristiche contrattuali

Assicurazione per il caso di morte a vita intera e a premio annuo costante o rivalutabile ➡ Sez. 2 Durata _____ Decorrenza _____

Premio

Premio annuo totale iniziale Euro _____ Diritti di quietanza Euro 2,00

da corrispondersi con rateazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale ☐ Mensile

N.B. Alla prima rata saranno sommati i diritti di polizza. Nel caso in cui non fosse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento annuale.

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 IT57G0313801000000012611406, 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.;
- 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 _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

- ☐ Il Contraente dichiara di "NON avere" la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA.
- ☐ Il Contraente dichiara di "avere" la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa FATCA e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US) Firma del Contraente _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: ☐ SI ☐ NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario) Firma del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) _____

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

- Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: ☐ SI ☐ NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)
- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
 - è un'Istituzione Finanziaria, o
 - il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

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 e che non è stata tacitata, 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 riportato 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 contenente le informazioni chiave (KID) Codice VITK70049AC/AR;
 - il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo IBIPS) Codice VITDA70049;
 - le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70049.

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 altresì di avere raccolto le informazioni necessarie ai fini FATCA e CRS.

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 d'investimento assicurativo" (allegato 4-bis) 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.

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_____

* 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 e/o timbro del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente) Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

_____X_____ _____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_____

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 (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: [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.

* 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) RESIDENZA FISCALE NEGLI STATI UNITI AI FINI FATCA

Salvo eccezioni, ai fini della normativa FATCA si considera "residente fiscale negli Stati Uniti" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

- sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
- sia residente stabilmente negli USA;
- sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
- sia abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
 - 31 giorni nell'anno di riferimento e,
 - 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
 - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
 - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
 - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

FAC - SIMILE



Mod. VITPX70049 - ed. 03/2022



REALE GROUP

TOGETHER MORE

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.