



Domino Easy

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA
PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE ED A PREMIO
ANNUO COSTANTE.

MODULO DI PROPOSTA

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

Domino Easy

Tariffa ITA_486B

 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
_____	_____	_____	<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	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.	Nationalità
_____	_____	_____	_____	_____
Codice fiscale	Sesso	Indirizzo di residenza		
_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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	
_____	_____	_____	_____	

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:

	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	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

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⁾ _____

Referente terzo

Cognome e nome/Ragione sociale	Data di nascita	Codice fiscale
Indirizzo	Località	CAP
	Provincia	Indirizzo email

Caratteristiche contrattuali

Tariffa 486B	Tariffa con durata fissa 10 anni.
--------------	-----------------------------------

Prestazione complementare compresa nel piano base
 Terminal Illness ("Malattia Terminale"). Il costo della prestazione complementare è compreso nel piano base (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: 10 anni

Frazionamento del premio annuo; diritti di quietanza non previsti. Annuale Semestrale Decorrenza _____

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. Spese di emissione **non previste**

Premio annuo totale:

Tariffa 486B	Importi in euro									
	25,00	50,00	75,00	100,00	150,00	200,00	250,00	300,00	400,00	500,00

Durata dell'assicurazione: 10 anni
 Età dell'Assicurato alla decorrenza (compresa tra 20 e 99 anni)

Se si tratta di reinvestimento indicare 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 Segpa;
 - 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

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

Dichiarazione dello stato di salute dell'Assicurato

L'Assicurando dichiara quanto segue in merito al suo stato di salute consapevole che le seguenti notizie di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per l'assunzione del rischio da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.:

- di trovarsi attualmente in buona salute e di svolgere regolarmente la sua professione abituale;
- di non svolgere un'attività professionale pericolosa;
- di non praticare attività sportive pericolose;
- di non essere affetto da malattie o lesioni gravi che necessino di trattamento medico regolare e continuato come, ad esempio, qualsiasi forma di malattia cardiovascolare (p.e. infarto, cardiopatia), malattia dell'apparato uro-genitale, malattia respiratoria e polmonare, qualsiasi forma di tumore, ictus, diabete, epatite, infezioni da HIV e di non avere malformazioni gravi o invalidanti;
- di non aver mai ricevuto una diagnosi, o essersi sottoposto a ricoveri, cure o esami, per gravi patologie;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e visitato ai quali Italiana Assicurazioni S.p.A. ritenesse opportuno rivolgersi per le informazioni.

L'Assicurato dichiara inoltre di:
 non figurare come Assicurato in altri contratti con Italiana Assicurazioni S.p.A. per garanzie caso morte;
 figurare come Assicurato per i seguenti contratti con Italiana Assicurazioni S.p.A. per garanzie caso morte.

Si conviene che le sopraindicate dichiarazioni fanno parte integrante del contratto di assicurazione e sono elemento necessario per la conclusione del contratto.

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurando

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 in merito allo stato di salute 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, 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 sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto si intenderà perfezionato 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 perfezionamento 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 informativo precontrattuale (DIP Vita) Codice VITD70055;
- il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo) Codice VITDA70055;
- le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario Codice VITCC70055.

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

Consenso al trattamento dei dati personali

Consenso necessario: io, 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 del Contraente (o dell'esecutore per conto del Contraente)

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

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)

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. (situato 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 e 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: benvenutitaliana@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⁾ 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

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. VITPX70055 - 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@pecitaliana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutitaliana@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.