

## Raccomandazione personalizzata

Gentile Cliente,

in esecuzione del servizio di consulenza prestato da Genertel ed in ottemperanza all'art. 59 comma 1 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, La informiamo che, in base ai dati ed alle informazioni da Lei forniti, il **prodotto**:

- **è coerente** con i suoi bisogni assicurativi e le sue esigenze di copertura,
- **è stato raccomandato in quanto** risponde alle sue richieste di copertura del rischio decesso dell'assicurato con un capitale assicurato costante per tutta la durata della copertura e consente di scegliere una serie di opzioni contrattuali quali il frazionamento mensile o semestrale del premio, di accedere ad un programma che prevede fin da subito un check up medico gratuito e uno sconto variabile del 10% o del 15% del premio in funzione dello stato tabagico dell'assicurato ovvero di ottenere, per il beneficiario che lo richieda, un anticipo del capitale assicurato per far fronte alle prime spese impreviste in caso di decesso dell'assicurato.

La informiamo che le indicazioni di cui sopra non costituiscono il contenuto tecnico della Polizza che resta regolato dalle condizioni di assicurazione.

Le ricordiamo che il Suo consulente è a Sua completa disposizione per ogni necessità di supporto o chiarimento.



PROFILO CLIENTE N.  MODULO DI PROPOSTA N.  STIPULATA IL  CONVENZIONE

### Contraente persona fisica

COGNOME  NOME  SESSO  M  F

DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE  COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)  PRESSO (facoltativo)  LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)  PRESSO (facoltativo)  LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente autonoma  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  Sì  No

Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'art. 1 del D.Lgs. 231/2007.

Ricopre cariche pubbliche diverse da P.E.P. (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

## Controente diverso da persona fisica o Ditta Individuale

DENOMINAZIONE

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

FORMA GIURIDICA DELLA SOCIETÀ

Se forma giuridica della Società è ONLUS/NO PROFIT, indicare di seguito la classe di beneficiari a cui è dedicata l'attività dell'azienda:

INDIRIZZO SEDE LEGALE

COMUNE

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA

COMUNE

CAP

PROV.

PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)

PRESSO (facoltativo)

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

DATA COSTITUZIONE

PROVINCIA DI COSTITUZIONE

ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI

NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE

PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PRIMO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

SECONDO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

TERZO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

ATECO

SAE

## Profilo economico del Controente

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:

 Da € 0 a € 20.000,00

 Da € 250.001,00 a € 500.000,00

 Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00

 Da € 20.001,00 a € 50.000,00

 Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

 Oltre € 50.000.000,00

 Da € 50.001,00 a € 100.000,00

 Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00

 Da € 100.001,00 a € 250.000,00

 Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona fisica):

 Da € 0 a € 50.000,00

 Da € 150.001,00 a € 500.000,00

 Oltre € 1.000.000,00

 Da € 50.001,00 a € 150.000,00

 Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona diversa da persona fisica):

 Da € 0 a € 20.000,00

 Da € 250.001,00 a € 500.000,00

 Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00

 Da € 20.001,00 a € 50.000,00

 Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00

 Oltre € 50.000.000,00

 Da € 50.001,00 a € 100.000,00

 Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00

 Da € 100.001,00 a € 250.000,00

 Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00

**Risultato economico\*:**  Utile/Pareggio  Perdita

**Numero esercizi in perdita\*:**  1  2  3 o oltre

\* Da compilare con riferimento alla sola persona diversa da persona fisica.

## Doti dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. legale rappresentante o procuratore).

COGNOME		NOME			SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA			PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore:

- Procura/Delega  Delibera assembleare/C.d.A.  Atto costitutivo/ Statuto  Visura camerale

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SI  NO

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TAE	
<input type="text"/>	

## Dati dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

COGNOME		NOME			SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA			SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Rapporto con il Contraente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

FAC-SIMILE

## Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa Visita medica:  SI  NOSoggetto fumatore:  SI  NOCapitale assicurato  €

- |                          |  |  |                      |
|--------------------------|--|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | } Garanzia Extracapitale per decesso da infortunio | <input type="text"/>                                     | €                    |
| <input type="checkbox"/> |  | Garanzia Extracapitale per decesso da incidente stradale | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Garanzia Invalidità Totale Permanente              | <input type="text"/>                                     | €                    |
| <input type="checkbox"/> | Garanzia Malattie Gravi                            | <input type="text"/>                                     | €                    |
| <input type="checkbox"/> | } Garanzia Infortunio                              | <input type="text"/>                                     | € (massimale)        |
| <input type="checkbox"/> |  | Garanzia Infortunio con Invalidità $\geq$ 25%            | <input type="text"/> |

Durata copertura  cifre  lettere  La durata pagamento premi coincide con la durata della copertura.

Frazionamento del premio:  01 annuale  02 semestrale  12 mensileRata di perfezionamento  € Premio annuo  €

## Modalità di pagamento

Premio iniziale:

 Bonifico bancario Carta di Credito

(solo in caso di premio annuo pari o inferiore a € 1.000)

Premi successivi:

 SDD

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario o carta di credito intestati a:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	RAPPORTO CON IL CONTRAENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se il metodo pagamento premi successivi è "SDD":

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

IBAN:  Banca: Intestato a:  Riferimento del mandato: 

Azienda creditrice:

Nome/ragione sociale: Genertel S.p.A.

Codice Fiscale: 00320160237

Codice identificativo: IT431010000000320160237

Indirizzo: VIA MACHIAVELLI 4 - 34132 - TRIESTE (TS) ITALIA

L'intestatario del conto autorizza Genertel S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertel S.p.A. L'intestatario del conto ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

## Questionario Sanitario Assicurando (per proposte senza visita medica)

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

ALTEZZA _____	PESO _____	Fumi o hai smesso di fumare da meno di 2 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° sigarette _____
1. Ti è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente superiore al 10%?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Soffri o hai sofferto di qualche malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.1 Soffri o hai mai sofferto di pressione alta e non hai problemi cardiologici?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> PA ≤ 140/90
				<input type="checkbox"/> 140/90 < PA < 160/100
				<input type="checkbox"/> PA ≥ 160/100
2.2 Hai o hai avuto valori di colesterolo alto?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO < 5
				<input type="checkbox"/> 5 ≤ RAPPORTO < 6
				<input type="checkbox"/> 6 ≤ RAPPORTO < 7
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO ≥ 7
2.3 Soffri o hai mai sofferto di diabete?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> NO
2.4 Soffri o hai mai sofferto di malattie benigne della tiroide?				<input type="checkbox"/> SI
2.5 Hai o hai avuto valori di trigliceridi alti?				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.6 Soffri o hai mai sofferto di malattie psichiche e/o malattie psichiatriche (es. ansia, depressione, schizofrenia,...)?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.7 Soffri o hai mai sofferto di tumore maligno, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, cirrosi epatica, artrite reumatoide, colite ulcerosa, infezione da HIV, infezione da Covid con ospedalizzazione o con sequele, parkinson, alzheimer, sclerosi multipla, epilessia?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie diverse da quelle già riportate?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Fai uso abituale di farmaci per malattie? Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata malattia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS, antidolorifici per mal di testa assunti al bisogno Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.1 Eutirox o equivalenti farmaci per la tiroide, farmaci per pressione, colesterolo, rialzo trigliceridi, diabete				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.2 Farmaci per altre malattie				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Bevi o bevevi in passato più di 4 bicchieri di alcolici al giorno e/o fai o hai fatto uso di stupefacenti? (vino: 1 bicchiere= 125 ml; birra: 1 bicchiere= 1/2 pinta= 300 ml; superalcolico: 1 bicchierino= 30 ml) Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.1 In passato alcol e/o stupefacenti				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.2 Oggi alcol e/o stupefacenti				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.3 Oggi o in passato cannabinoidi				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

FAC-SIMILE

Diabete 1 da meno di 10 anni  
Diabete 1 da più di 10 anni  
Diabete 2 da meno di 10 anni  
Diabete 2 da più di 10 anni  
Gestazionale guarito dopo il parto

Trigliceridi <200  
200 ≤ Trigliceridi <300  
300 ≤ Trigliceridi <400  
Trigliceridi ≥ 400

<p>5. Sei mai stato ricoverato o prevedi ricoveri per interventi? Non occorre dichiarare: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, varicocele, deviazione del setto nasale, intervento ai turbinati, parto e/o aborto non collegato a malattia maligna, asportazione cisti benigne, asportazione di polipi benigni, asportazione ernia, laparocele, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee, artroscopie, cataratta, correzione della miopia, estrazioni dentarie, safenectomia, tumori cutanei benigni (nevo benigno, cheratosi, cheratoacantoma, istiocitoma, acantoma), colecistectomia in assenza di neoplasia, calcolosi renali senza complicanze.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>5.1 Ricovero o intervento previsto nei prossimi 3 mesi</p> <p>5.2 Ricovero o intervento eseguito da più di 3 mesi</p> <p>5.3 Ricovero o intervento eseguito da meno di 3 mesi</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<p>6. Hai effettuato o hai in programma di effettuare accertamenti diagnostici come radiografia, risonanza magnetica, tac, ecografia, mammografia, pap-test, coronarografia, angiografia, endoscopia, colonscopia, gastroscopia? NON occorre dichiarare esami dovuti ai ricoveri e interventi chirurgici elencati nella precedente domanda 5.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>6.1 Eseguiti per normale prevenzione e/o senza riscontro di situazioni di malattia</p> <p>6.2 Eseguiti per approfondimenti di malattie riscontrate o sospette</p> <p>6.3 Da eseguire nei prossimi 3 mesi per malattia riscontrata o sospetta malattia</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

<b>DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE</b>	
<p>1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

## Dichiarazione di non fumatore

**I sottoscritti Contraente e Assicurando, o Esecutore, dichiarano:**

- che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni contrattuali.

Data e luogo \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente (o Esecutore)

## Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso Genertel. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

## Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso Genertel. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato, diminuito delle imposte e della parte relativa al rischio corso.



## Beneficiari CASO MORTE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:			
<input type="text"/>			

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INDIRIZZO SEDE LEGALE	COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)	NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTE REGISTRAZIONE	LUOGO REGISTRAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)  SÌ  NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_  
 indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

Gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> A	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	<input type="checkbox"/> G
Il Contraente;	<input type="checkbox"/> B		
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	<input type="checkbox"/> C	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> H
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> D	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	<input type="checkbox"/> L
I figli nati o nascituri dell'Assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> E		
I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato stesso;	<input type="checkbox"/> F		

\* Scelta possibile solo se il Contraente è diverso dall'Assicurato.

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.

La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> email	_____ <input type="checkbox"/> telefono _____
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza	_____

**NB:** l'opzione "Instant Benefit" è attivabile solo nel caso in cui i Beneficiari sopra riportati siano indicati in modo puntuale (cognome, nome, codice fiscale); il Contact Plan verrà attivato solo nel caso in cui siano indicati correttamente i recapiti telefonici/indirizzi di residenza dei Beneficiari. La comunicazione di eventuali variazioni dei recapiti dei Beneficiari è a carico del Contraente.

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

**Beneficiario caso vita per le garanzie: Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità (se selezionate in fase di sottoscrizione)**

L'Assicurato

## Titolare effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)

### 1° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME  NOME

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA  PROV.  STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

### 2° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME  NOME

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA  PROV.  STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

### 3° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME  NOME

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA  PROV.  STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

### 4° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME  NOME

DATA DI NASCITA  COMUNE DI NASCITA  PROV.  STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

## Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni)

### Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Proposta (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

Investimento     Risparmio     Protezione

### Origine delle somme versate:

Lavoro Dipendente

Lavoro Autonomo

Vincita

Lascito / Eredità / Donazione

Cliente reddituario da precedente occupazione /Pensione

Rendita da immobili

Utile societario / Reddito d'Impresa

Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni

Scudo Fiscale / Voluntary Disclosure

Divorzio

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Paese di provenienza delle somme versate: \_\_\_\_\_

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg:  SI  NO

### Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto conducente che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 Euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridicamente intestataria del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di Proposta denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica ad eccezione delle società quotate su un mercato regolamentato e degli uffici di Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all' Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo informativo.

## Dichiarazione resa dall'Esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e successive modifiche e integrazioni, ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestataria del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta - **preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta** - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

**1° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO  M  F

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

**Qualifica di Titolare effettivo** (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a \_\_\_\_%  Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante  Disponibile/Fondatore

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

**2° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO  M  F

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

**Qualifica di Titolare effettivo** (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a \_\_\_\_%  Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante  Disponibile/Fondatore

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

**3° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO  M  F

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

**Qualifica di Titolare effettivo** (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a \_\_\_\_%  Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante  Disponente/Fondatore

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

**4° Titolare Effettivo**

COGNOME  NOME  SESSO  M  F

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE  DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

CITTADINANZA  SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI RESIDENZA  CAP  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO  PRESSO (facoltativo)  COMUNE DI DOMICILIO  CAP  PROV.  PAESE

Tipo di documento:  Carta d'identità  Patente auto  Passaporto

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No  Politico/istituzionale  Societario  Associazioni  Fondazioni

COD. PROFESSIONE  PRECEDENTE PROFESSIONE (se insegnante)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)  PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

**Qualifica di Titolare effettivo** (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a \_\_\_\_%  Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a \_\_\_\_%  Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante  Disponibile/Fondatore

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:**

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.



## Dichiarazioni

**LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.**

Il sottoscritto Contraente / Assicurando, o Esecutore (ciascuno per quanto di propria competenza):

- Dichiaro di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
  - il set informativo indicato sul frontespizio composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
  - il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018).
- Dichiaro di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Genertel, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze.
- Dichiaro, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti/Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiaro inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (iLove) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.
- Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che le analisi del "Care Program" saranno usate esclusivamente ai fini della scontistica. Le analisi non andranno ad integrare le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione e pertanto non saranno in nessun modo prese in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per la valutazione dell'eventuale sinistro.
- È consapevole che la mancata adesione al "Care Program" comporta la perdita del diritto allo sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione.
- Dichiaro sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiaro altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

X \_\_\_\_\_  
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore)

## Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

### Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i Suoi dati personali<sup>(1)</sup>, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertel S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/ indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative, la Sua propensione al rischio e per offrirle consulenza sui prodotti assicurativi;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);<sup>(2)</sup>
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;<sup>(2)</sup>
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;<sup>(2)</sup>
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alle lettere (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, a porre in essere una corretta gestione e a monitorare e poter dimostrare la certezza delle prestazioni e la qualità dei servizi erogati. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante l'audio/videoconferenza ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

### Utilizzo dei dati per fini di ricontatto

La informiamo che i Suoi dati personali, identificativi e/o di contatto, da Lei forniti sul nostro sito in qualità di soggetto interessato ai nostri prodotti assicurativi, saranno trattati da Genertel S.p.A per inviarLe materiale informativo e farla ricontattare da un nostro consulente per ricevere maggiori informazioni sul prodotto per il quale ha manifestato il suo interesse. Tale trattamento dei Suoi dati personali verrà svolto per le finalità di cui ai punti (i) e (ii).

### Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato e sondaggi, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app e web, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel, e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta di Genertel.
- 2) per la cessione alle altre società del Gruppo Generali\* e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario, assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing, quali l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato anche mediante tecniche di comunicazione email, sms, instant messaging e notifiche via app e web.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

### Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertel S.p.A., via Machiavelli 4, 34132 Trieste; e-mail: [privacy@genertel.it](mailto:privacy@genertel.it) oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a [RPD.it@general.com](mailto:RPD.it@general.com) e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

### Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente, per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

### Comunicazione dei Dati

I Suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Autorizzati al trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE<sup>(3)</sup>.

### Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa<sup>(4)</sup>, alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

### Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente, anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia [www.genertel.it](http://www.genertel.it).

#### NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, immagini video e audio acquisiti durante videoregistrazione, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri (anche nel caso in cui la denuncia di sinistro venga effettuata tramite videochiamata o videoregistrazione) o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, architetti, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informativi, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortunati, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consorzi (ANIA, Mefop, Assoprevi-denza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

<sup>(3)</sup>Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

## Dichiarazione di rifiuto di aderire al "Care Program" alla sottoscrizione

Io sottoscritto Contraente dichiaro di non voler aderire al "Care Program" alla sottoscrizione e sono consapevole che questo mio rifiuto comporta il mancato sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione, così come descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore)

© LMD srl - grafica

## La mia Privacy

### Consenso trattamento dei dati particolari

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Genertel a trattare le categorie particolari dei miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa da (i) a (vi), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

Autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per finalità di marketing e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione:

Autorizzo  Non autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per la cessione alle società del Gruppo Generali (Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion) e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing:

Autorizzo  Non autorizzo

## Firme di sottoscrizione

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Data e luogo Firma Contraente (o Esecutore) Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

FAC-SIMILE