

Dichiarazione di adeguatezza

Gentile Cliente,

in esecuzione del servizio di consulenza prestato da Genertel ed in ottemperanza all'art. 68 *decies* 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 **a Lei adeguato** e risponde alle sue preferenze, ai suoi obiettivi ed alle sue caratteristiche in quanto:
 - il livello di rischio del prodotto oggetto del contratto risulta inferiore o uguale al suo profilo di rischio sulla base degli elementi che lo determinano quali la sua situazione finanziaria e la sua tolleranza al rischio;
 - il periodo di detenzione raccomandato del prodotto oggetto del contratto è coerente con il suo orizzonte temporale;
 - Lei ha dichiarato di possedere un livello di conoscenza ed esperienza che risulta coerente con la tipologia di prodotto oggetto del contratto;
 - Lei ha dichiarato di possedere una capacità di sostenere le perdite che risulta coerente con la tipologia di prodotto oggetto del contratto.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contraente persona fisica

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"/>
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"/>
IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL				
<input type="text"/>				

Tipo di documento: Carta d'identità Patente autonoma Passaporto

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

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)
<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

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

Stima controvalore beni conferiti/capitale versato (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 € 10.000.000,00Risultato economico*: Utile/Pareggio PerditaNumero 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 diverso 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) _____ |

Caratteristiche contrattuali

Codice Prodotto Durata contratto: a vita intera
 Premio unico € di cui € a titolo di premio per prestazioni caso morte
 Premio investito €

Linea scelta:

- PROTETTA 70% Genertel Premium - 30% Genertel Protetto
 DINAMICA GUIDATA 70% Genertel Premium - 30% Genertel Dinamico
 DINAMICA 60% Genertel Premium - 40% Genertel Dinamico
 DINAMICA 50% Genertel Premium - 50% Genertel Dinamico
 DINAMICA 40% Genertel Premium - 60% Genertel Dinamico

Servizio opzionale Take profit:

Versamento del premio di perfezionamento

Bonifico bancario a favore di Genertel S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 04 C 03075 61800 CC0020242424 presso Banca Generali di Mogliano Veneto.

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario effettuato da:

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

Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la presente Proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'Art. 1887 c.c., 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 entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso Genertel. Il recesso ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Genertel rimborsa al Contraente il premio versato al netto dell'imposta di bollo dovuta.

Valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze.

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Molto breve (da 0 a 3 anni)
- Breve (da 4 a 5 anni)
- Medio (da 6 a 10 anni)
- Medio lungo (da 11 a 15 anni)
- Lungo (oltre 15 anni)

Considerato che il prodotto prevede la possibilità di riscattare dopo 12 mesi, ritengo probabile avere la necessità di disinvestire il contratto prima di tale periodo:

- Sì
- NO

Beneficiari CASO MORTE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value=" ,00%"/>
<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:

- | | |
|--|--|
| <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) _____ |

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" value=" ,00%"/>
<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:

- | | |
|--|--|
| <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) _____ |

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"/> ,00%
<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:

- | | |
|--|--|
| <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"/> Beneficenza/liberalità |
| <input type="checkbox"/> Coniugio | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

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 coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> H
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	<input type="checkbox"/> C	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
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> D		
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

email _____ telefono _____

indirizzo di corrispondenza _____

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

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

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO DENOMINAZIONE _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ STATO _____

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

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Beneficienza/liberalità
 Lavoro/affari Convivenza di fatto o unione civile Altro (specificare) _____
 Affinità Relazione amicale

© LMD srl - grafica

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO DENOMINAZIONE _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ STATO _____

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

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Beneficienza/liberalità
 Lavoro/affari Convivenza di fatto o unione civile Altro (specificare) _____
 Affinità Relazione amicale

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO DENOMINAZIONE _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ STATO _____

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

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Beneficienza/liberalità
 Lavoro/affari Convivenza di fatto o unione civile Altro (specificare) _____
 Affinità Relazione amicale

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO DENOMINAZIONE _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ STATO _____

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

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Beneficienza/liberalità
 Lavoro/affari Convivenza di fatto o unione civile Altro (specificare) _____
 Affinità Relazione amicale

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: _____

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 riconducibile 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 giuridica/ente intestatario 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., in apposito modulo in calce alla presente richiesta.

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.

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.

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 Intestatario 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 censurato)

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.

2° Titolare Effettivo

COGNOME			NOME			SESSO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA				SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO		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"/>

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 censurato)
<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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____% | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____% | <input type="checkbox"/> Fiduciante |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari a _____% | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante | <input type="checkbox"/> 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.

3° Titolare Effettivo

COGNOME			NOME			SESSO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA				SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO		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"/>

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 censurato)
<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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Fiduciante |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari a ____% | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante | <input type="checkbox"/> Disponete/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	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA				SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO		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"/>

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)
<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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____% | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____% | <input type="checkbox"/> Fiduciante |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari a _____% | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante | <input type="checkbox"/> 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.

Dichiarazioni del Contraente o Esecutore per conto del Contraente

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 (o Esecutore per conto del Contraente):

- dichiara di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta, il set informativo indicato sul frontespizio composto dal documento contenente le informazioni chiave (KID), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta.
- dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della 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 d'investimento assicurativo (conforme al modello di cui all'allegato 4 bis 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).
- dichiara 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;
 - nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Genertel, che lo stesso è adeguato in quanto risponde alle proprie preferenze, ai propri obiettivi ed alle proprie caratteristiche;
 - che il prodotto è coerente con le proprie preferenze di sostenibilità espresse oppure che la propria scelta è ricaduta su di un prodotto diverso per le motivazioni addotte in fase di consulenza.
- dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposto "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act), le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente, riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

• dichiara (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

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 _____

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per soggetti diversi da persone fisiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

- dichiara 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. 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. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese. **Dichiara**, infine, che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni 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 rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- **dichiara** di accettare le Condizioni di Assicurazione, di aver attentamente letto le Condizioni di Assicurazione riguardanti le prestazioni in quote assicurate e di essere consapevole del fatto che, relativamente a tali prestazioni, l'Impresa di assicurazione non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo e che pertanto il contratto comporta rischi finanziari riconducibili all'andamento del valore delle quote stesse.

X _____
 Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Il sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente), dichiara:

- che i dati riportati in Proposta sono corretti.
- di prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni 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 rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.

X _____
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

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⁽¹⁾, 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);⁽²⁾
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;⁽²⁾
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;⁽²⁾
- (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, 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 obblighi normativi 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 oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a 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:

- 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;
- 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⁽³⁾.

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⁽⁴⁾, 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.

NOTE:

- 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.
- 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.
- 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, artigiani, 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.
- 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.

⁽⁴⁾Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

La mia privacy

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO il trattamento dei miei dati personali

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

Genertel S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste (Ts) - Capitale sociale € 23.000.000,00 int. vers. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00050 - Codice fiscale e Registro Imprese della Venezia Giulia 00171820327 - partita iva 01333550323 - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - genertel@pec.genertel.it - www.genertel.it