

Modulo di proposta di assicurazione sulla vita

FAC-SIMILE



Luogo⁽¹⁾ _____ Data⁽¹⁾ ____ / ____ / ____
 Io sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo cliente n. _____ aggiornato al ____ / ____ / _____, formulo la seguente proposta per la conclusione di un contratto di assicurazione sulla vita.

Soggetti

Contraente

Nome e cognome/Denominazione _____
 Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Assicurando (se diverso dal contraente)⁽²⁾

Nome e cognome _____ Sesso M / F
 Data di nascita ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____
 Comune di nascita _____ Prov. ____ Nazione ____
 Cittadinanza _____ Seconda cittadinanza _____
 Residenza
 Indirizzo _____ n° ____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Prov. ____ Nazione ____
 Domicilio (se diverso da residenza)
 Indirizzo _____ n° ____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Prov. ____ Nazione ____

Estremi del documento Carta d'identità Patente di guida

Num. documento _____ Ente e luogo di rilascio _____
 Data di rilascio ____ / ____ / ____ Data di scadenza ____ / ____ / ____

Rapporto con il contraente
 Parentela⁽³⁾ Affinità⁽³⁾ Coniugio⁽³⁾ Convivenza di fatto o unione civile⁽³⁾ Rapporto di lavoro/affari
 Relazione amicale⁽³⁾ Beneficienza/liberalità Altro, specificare _____

Motivazione dell'individuazione di un assicurando diverso dal contraente _____

Beneficiari⁽⁴⁾

Beneficiario in caso di vita dell'assicurato a scadenza: codice⁽⁵⁾ ____ oppure
 Nome e cognome _____ % Benef. ____
 Codice Fiscale _____ Sesso M / F Data di nascita ____ / ____ / ____
 Comune di nascita _____ Prov. ____ Nazione ____
 Residenza
 Indirizzo _____ n° ____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Prov. ____ Nazione ____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Persona politicamente esposta SI NO Rapporto con il contraente
 Parentela⁽³⁾ Affinità⁽³⁾ Coniugio⁽³⁾ Convivenza di fatto o unione civile⁽³⁾ Rapporto di lavoro/affari
 Relazione amicale⁽³⁾ Beneficienza/liberalità Altro, specificare _____

Il contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:

SI La comunicazione NON sarà inviata NO La comunicazione sarà inviata

Beneficiario in caso di morte dell'assicurato: codice⁽⁵⁾ ____ oppure
 Nome e cognome _____ % Benef. ____
 Codice Fiscale _____ Sesso M / F Data di nascita ____ / ____ / ____
 Comune di nascita _____ Prov. ____ Nazione ____
 Residenza
 Indirizzo _____ n° ____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Prov. ____ Nazione ____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Persona politicamente esposta SI NO Rapporto con il contraente
 Parentela⁽³⁾ Affinità⁽³⁾ Coniugio⁽³⁾ Convivenza di fatto o unione civile⁽³⁾ Rapporto di lavoro/affari
 Relazione amicale⁽³⁾ Beneficienza/liberalità Altro, specificare _____

In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del beneficiario, Generali Italia potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario. La modifica o la revoca del beneficiario deve essere comunicata a Generali Italia.

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

Nome e cognome _____
 Indirizzo _____ n° ____ CAP _____
 Località _____ Comune _____ Prov. ____ Nazione ____
 Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Legale rappresentante/esecutore⁽⁶⁾ già identificato nel Profilo cliente

Nome e cognome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____
 Comune di nascita _____ Codice Fiscale _____

(1) Riferiti alla sottoscrizione della presente proposta.
 (2) Nel caso in cui la presente proposta sia relativa a una rendita reversibile, stampare e compilare l'apposito allegato per l'indicazione dell'assicurato reversionario.
 (3) Valido solo per rapporto tra persone fisiche.
 (4) In caso in cui (a) il beneficio sia attribuito irrevocabilmente, (b) vi sia più di un beneficiario o (c) il beneficio sia attribuito a una persona giuridica, stampare e compilare l'apposito allegato.
 (5) Vedi "Tabella beneficiari" sul retro. Attenzione: per i codici A, C, E, F e G in caso di successione testamentaria, essendo il beneficio un diritto proprio, per "eredi legittimi" si intendono coloro che lo sarebbero stati in assenza di testamento.
 (6) Esecutore: è il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente o a cui siano comunque conferiti poteri di rappresentanza, attestati da documenti prodotti a Generali Italia, che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente.



Adeguatezza⁽⁷⁾

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

Breve (fino a 5 anni) Medio (6-10 anni) Medio lungo (11-15 anni) Lungo (oltre 15 anni)

Ritengo probabile avere la necessità di disinvestire anticipatamente il contratto:

NO Sì, nei primi 3 anni Sì, fra il 4° e il 10° anno Sì, oltre il 10° anno



Prodotto

Prodotto _____ Convenzione _____

Ripartizione Investimento

Linee d'investimento M. Emerging Markets M. Global Plus Europe Plus Libra

Libra Plus Challenge Challenge Plus

Combinazioni Obiettivo Ambizione Start Plus Extra

Fondi interni Global Bond _____ % Global Equity _____ % Italian Equity _____ % Euro Blue Chips _____ %

G. Tutela Del Clima _____ % G. Pari Opportunità _____ % G. Consumo Responsabile _____ % G. Crescita Sostenibile _____ %

G. Salute E Benessere _____ % _____ % _____ % _____ %

Gestioni separate Gesav _____ % Geval /\$ _____ % _____ % _____ %

Servizio d'investimento: Bilancia SI NO Altro _____



Dati tecnici

Data decorrenza ____ / ____ / ____ Durata contratto ____ Durata pagamento premi - Periodo traguardo ____

Modalità di calcolo

A - Premio annuo di quietanza⁽⁸⁾ o premio unico al netto dei diritti di emissione⁽⁹⁾ € _____, _____

B - Capitale o rendita iniziale € _____, _____

C - Importo o rata di perfezionamento⁽¹⁰⁾ € _____, _____

€ _____, _____

Premio annuo dichiarato € _____, _____ Diritti di emissione € _____, _____

Frazionamento del premio

Annuale Semestrale Quadrimestrale Bimestrale Mensile

Modalità di crescita del premio Costante Gestione separata ISTAT del _____ %

Applicata⁽¹¹⁾ al premio espresso in Euro Valuta contrattuale

Decrescenza sub-annuale o rateazione rendita

Annuale Semestrale Quadrimestrale Trimestrale Bimestrale Mensile

Assicurazioni complementari

Temporanea caso morte a p. unico A - Premio € _____, _____

Complementari infortuni _____ € _____, _____

Temporanea caso morte a p. annuo B - Capitale € _____, _____

Invalidità/inabilità B - Capitale € _____, _____

€ _____, _____

Premio complessivo relativo alle assicurazioni complementari € _____, _____

Polizze collegate

Numero polizza _____ Tipo utilizzo⁽¹²⁾

Contraente esercente attività d'impresa ▲

Conto corrente e servizi di pagamento

Cod. CIN _____

Paese IBAN CIN ABI CAB Numero conto corrente _____

Servizio Realizza SI NO

Servizio Pianifica SI NO € _____, _____

Servizio _____ Importo indicativo netto tasse _____



Modalità di versamento

P.O.S. Bonifico Altro⁽¹³⁾ Versamento contestuale NO SI

Addebito Diretto SEPA (SDD) Sin dal perfezionamento⁽¹⁴⁾ Solo per i versamenti successivi

Delega centralizzata Sin dal perfezionamento⁽¹⁴⁾ Solo per i versamenti successivi

Ente delegato _____ Codice fiscale ente delegato _____

Attenzione: i versamenti effettuati tramite bollettino, bonifico e assegno, quest'ultimo sempre munito della clausola di intrasferibilità, dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A. e, in alternativa, ove indicato nella comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) consegnata, anche all'agenzia o all'agente in qualità di titolare del mandato di Generali Italia S.p.A.. Il versamento è possibile attraverso bollettino, se previsto. Il versamento del premio non può essere effettuato in contanti.

(7) Non compilare per i prodotti Lungavita (TCM e LTC) e per Pensione Immediata (Tar. 9 RIV, 10 RIV e 9R RIV).
 (8) Importo del premio annuo (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari, addizionale di frazionamento e diritti di quietanza, tutti relativi ad un'annualità; sono esclusi i diritti di emissione previsti per la rata di perfezionamento).
 (9) Importo di premio unico (comprensivo di eventuali sovrappremi e premi relativi alle assicurazioni complementari; sono esclusi i diritti di emissione).
 (10) Importo della rata di perfezionamento (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari, addizionale di frazionamento e diritti di emissione; sono esclusi i diritti di quietanza previsti per le rate successive).
 (11) Da indicare esclusivamente per contratti in valuta diversa da euro e per prodotti che prevedono tale possibilità di scelta.
 (12) Trasformazione, anticipo di scadenza, continuazione, rimpiazzo (recesso senza incasso del premio e contestuale nuova emissione) o altri tipi di utilizzo eventualmente previsti al momento della sottoscrizione di questo modulo. In caso di anticipo di scadenza o trasformazione per reimpiego, è necessario inserire il numero di conto corrente.
 (13) Le modalità di versamento offerte dal servizio bancario e postale (tra cui il bollettino, se previsto) o i pagamenti di una o più polizze emesse da Generali Italia effettuati in pari data.
 (14) Disponibile solo per specifici prodotti.



Mandato SEPA

Riferimento del mandato [A][K][U][V][R]
Cod. Aziendale SIA Cod. assegnato dall'azienda creditrice al debitore
Conto di addebito IBAN Cod. CIN Paese IBAN CIN ABI CAB Numero conto corrente
Tipo versamento [Ricorrente] Codice SWIFT BIC
Dati relativi all'intestatario del conto corrente, se diverso dal contraente o esecutore indicato nella presente
Cognome e nome Sesso [M] / [F] Data di Nascita [] / [] / []
Comune di nascita Prov. [] Nazione []
Residenza
Indirizzo n° [] CAP []
Località Comune [] Prov. [] Nazione []
Domicilio (se diverso da residenza)
Indirizzo n° [] CAP []
Località Comune [] Prov. [] Nazione []
Cittadinanza Seconda cittadinanza
Settore professionale Professione
Precedente professione (se pensionato)
Paese attività economica prevalente (se diverso da Italia)
Provincia attività economica prevalente (se diversa da residenza)
E-mail Codice Fiscale
Rapporto con il contraente
[] Parentela(15) [] Affinità(15) [] Coniugio(15) [] Convivenza di fatto o unione civile(15) [] Rapporto di lavoro/affari
[] Relazione amicale(15) [] Beneficienza/liberalità [] Altro, specificare
Estremi del documento
[] Carta d'identità [] Patente di guida
Num. documento Data di rilascio [] / [] / []
Ente di rilascio Data di scadenza [] / [] / []
Località di rilascio
Codice identificativo del creditore [I T 5 7 0 0 5 0 0 0 0 0 0 4 0 9 9 2 0 5 8 4]
Dati relativi all'azienda creditrice Generali Italia S.p.A. - Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV), Italia - Cod. Fiscale 00409920584

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Generali Italia S.p.A. a richiedere alla banca del debitore l'addebito sul suo conto e l'autorizzazione alla banca del debitore a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Generali Italia S.p.A.. Il debitore 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.(16) Inoltre, il debitore, presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prende atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (I), (II), (III), (IV) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Luogo e data Firma del Soggetto pagante



Recapiti di contratto (se diversi dalla residenza/sede legale indicata nel Profilo cliente)

Presso
Indirizzo n° [] CAP []
Comune Prov. [] Nazione []
Cellulare E-mail



Antiriciclaggio

Scopo del rapporto
[] Investimento [] Risparmio [] Protezione
Origine e provenienza delle somme versate
[] Lavoro Dipendente [] Lavoro Autonomo [] Vincita [] Lascito/eredità/donazione
[] Pensione [] Rendite da immobili [] Reddito d'impresa [] Scudo fiscale/voluntary disclosure
[] Reinvestimento da liquidazione [] Reinvestimento da sinistro danni [] Divorzio [] Altro
Paese di provenienza delle somme versate



Questionari a cura dell'assicurando

PER I PRODOTTI GENERALI SMART LIFE, IMMAGINAFUTURO, GENERAEQUILIBRIO E GENERAVALORE

NON COMPILARE ALCUN QUESTIONARIO. Come previsto dalle condizioni di contratto, il decesso e, solo per ImmaginaFuturo, anche l'invalidità e l'inabilità conseguenti a patologie e/o lesioni già presenti al momento della sottoscrizione non rientrano in copertura. Avvertenze:

- a. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b. prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
c. anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

(15) Valido solo per rapporto tra persone fisiche. (16) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.



Questionario standard ⁽¹⁷⁾

Sanitario

Senza visita medica Con visita medica
A Quanto pesi? kg. Quanto sei alto? cm.

B Sei fumatore? NO SI

(per non fumatore si intende chi non ha mai fumato sigarette, sigari, pipa o sigarette elettroniche, neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi e l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente; se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore al momento della sottoscrizione, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso o il contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta a Generali Italia).

Se sì, non è possibile sottoscrivere prodotti dedicati a non fumatori.

C Bevi più di 4 bicchieri di alcolici al giorno o fai abitualmente uso di droghe? NO SI

(vino: 1 bicchiere=125 ml; birra: 1 bicchiere=1/2 pinta o 300 ml; superalcolico: 1 bicchiere=30 ml)

D Hai o hai mai avuto malattie della tiroide (esclusi i tumori), ipertensione arteriosa (pressione alta), ipercolesterolemia (colesterolo alto), asma, diabete mellito? NO SI

(Se NO, salta alla domanda "E". Se SI, prosegui con le domande seguenti)

D.1 Malattie della tiroide (esclusi i tumori)? NO SI

Se sì, sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

D.2 Ipertensione arteriosa (pressione alta)? NO SI

Se sì, sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

D.3 Ipercolesterolemia (colesterolo alto)? NO SI

Se sì, sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

D.4 Asma? No Sì, lieve Sì, moderata Sì, grave NO SI

Se sì, sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

Se grave, o non sotto controllo farmacologico necessaria documentazione specifica.

D.5 Diabete mellito? No Sì, tipo 1 Sì, tipo 2

Se sì tipo 2:

- anno diagnosi

- esistono complicanze (es: ricoveri, problemi renali, retinopatie, neuropatie, vasculopatia etc.)? NO SI

- sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

Se sì tipo 1, o tipo 2 con complicanze o non sotto controllo farmacologico, necessaria documentazione specifica.

E Hai o hai mai avuto tumori, infarto, malattie coronariche, angina, epatite B e C, sclerosi multipla, ictus, artrite reumatoide? (Se NO, salta alla domanda "F". Se SI, prosegui con le domande seguenti) NO SI

E.1 Tumori? NO SI **E.5** Sclerosi multipla? NO SI

E.2 Infarto, malattie coronariche, angina? NO SI **E.6** Ictus? NO SI

E.3 Epatite B? NO SI **E.7** Artrite reumatoide? NO SI

E.4 Epatite C? NO SI

Se hai risposto Sì ad almeno una delle domande da E.1 a E.7, necessaria documentazione specifica.

F Hai o hai mai avuto un'altra malattia diversa da quelle già indicate? Oppure assumi farmaci per patologie diverse da quelle sopra elencate? NO SI

Se sì, indica quale malattia e quali farmaci assunti. _____

G Sei mai stato ricoverato, hai mai subito interventi chirurgici oppure sei in attesa di un prossimo ricovero o intervento? Hai in corso degli accertamenti diagnostici per sospetta patologia? NO SI

(Non indicare appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee senza conseguenze neurologiche, deviazione del setto nasale, colecistectomia non dovuta a neoplasia, interventi di chirurgia estetica, cataratta, calcolosi renale, parto, correzioni della miopia)

Se sì, specifica per quale motivo. _____

H Solo per il prodotto Lungavita Long Term Care, assicurazione contro il caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana: ti risulta difficoltoso o impossibile compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirti o svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare?

No Sì, vestirti o svestirti Sì, provvedere alla mobilità Sì, bere e mangiare

Sì, fare il bagno o la doccia Sì, gestire la continenza Sì, provvedere all'igiene del corpo

Se sì (qualsiasi), precisa le cause e l'eventuale patologia sottostante? _____

Professionale

I Fai un lavoro che ti espone a dei rischi? Ad esempio lavoro su aerei non di linea, lavoro su piattaforme, ponteggi, impalcature, tetti; autista di mezzi con portata superiore ai 35 q.li; contatto con esplosivi; lavoro nell'industria mineraria; lavori subacquei. NO SI

Se sì, puoi specificare che professione fai? _____

Sportivo

L Fai sport? NO SI

Se sì, pratici uno sport pericoloso come: alpinismo/sci d'alpinismo in solitaria o con spedizioni extraeuropee, scalate su ghiaccio, speleologia, sport aerei (come ad esempio paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante, volo acrobatico), sport motoristici (come ad esempio automobilismo, motociclismo e motonautica), sport acquatici (come ad esempio immersioni subacquee), vela d'altura, pugilato e altre forme di boxe a livello professionale, sport estremi in genere (come ad esempio base jumping, rooftopping, parkour)? NO SI

Se sì, puoi specificare che sport pratici? _____

Firma dell'assicurando _____

(17) Per i prodotti Lungavita Basic (solo Tar. 5), Lungavita Basic Non Fumatori (Tar. 5NF Easy), Lungavita Non Fumatori Top a capitale costante (Tar. 5NF),

Lungavita Long Term Care (LTC).



Questionario riservato a prodotti specifici ⁽¹⁸⁾

Sanitario

Per prodotti non fumatori (in caso di risposta negativa non è possibile sottoscrivere coperture dedicate a non fumatori), io sottoscritto assicurando dichiaro che: non ho mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 24 mesi; l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente; se inizierò o ricomincerò a fumare, anche sporadicamente, provvederò a darne comunicazione scritta a Generali Italia mediante lettera raccomandata, eventualmente per il tramite del contraente

Senza visita medica Con visita medica NO SI

1 Quali sono il tuo peso e la tua altezza? kg. cm.

2 Soffri o hai sofferto di malattie? Se sì, precisare quali e quando. NO SI

3 Ti sei mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altro) che abbiano rivelato situazioni anormali? Se sì, precisare. NO SI

4 Sei mai stato ricoverato o prevedi un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, sanatori o simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotici oppure ti sei mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? Se sì, precisare quando, per quale motivo, per quanto tempo e con quale esito. (Non indicare i ricoveri avvenuti per parto e quelli avvenuti da oltre due mesi, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, colecistectomia non dovuta a neoplasia). NO SI

5 Fai o hai mai fatto uso di sostanze stupefacenti? Se sì, indicare il tipo di sostanza ed il periodo. NO SI
 _____ dal / / al / /

6 Hai imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti uditivi o visivi? Se sì, precisare indicando anche quando si sono verificati e se c'è stato o meno un buon adattamento alle conseguenze dell'imperfezione. (Non indicare i difetti visivi risolti mediante appropriate lenti correttive). NO SI

7 Fumi o hai mai fumato? Se sì, indicare la quantità giornaliera e il periodo. (1 sigaretta = 1 unità) NO SI
 _____ dal / / al / /

8 Fai o hai fatto abituale uso di alcolici o superalcolici? Se sì, indicare la quantità giornaliera e il periodo. (1 bicchiere di vino = 1 unità, 1/2 litro di birra = 2 unità, 1 bicchierino di superalcolico = 1 unità) NO SI
 _____ dal / / al / /

9 Assumi o hai mai assunto farmaci per regolare la pressione arteriosa? Se sì, indicare il periodo, il tipo di farmaco e se i valori pressori si sono normalizzati. NO SI
 _____ dal / / al / /

10 Assumi o hai mai assunto farmaci per altre malattie? Se sì, indicare la motivazione sanitaria (diagnosi), il tipo di farmaco e il periodo di utilizzo e se gli eventuali esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti. NO SI
 _____ dal / / al / /
 _____ dal / / al / /

Professionale codice⁽¹⁹⁾ 1 2 3 4 5 99 altro (precisare)

Sportivo codice⁽²⁰⁾ 1 2 3 4 5 6 99 altro (precisare)

Firma dell'assicurando _____

Privacy assicurativa (da sottoscrivere solo se è stato compilato un questionario sanitario)

Presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere. Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Firma dell'assicurando _____

Recesso dal contratto

Il contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione. La comunicazione di recesso va inviata a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo dell'agenzia di riferimento. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Generali Italia rimborserà al contraente quanto allo stesso dovuto ai sensi delle condizioni di assicurazione, al netto delle imposte, dei diritti di emissione del contratto e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso. Il recesso ha l'effetto di liberare il contraente e Generali Italia da qualsiasi altra obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento presso l'agenzia della suddetta lettera raccomandata.

Conclusione del contratto

Il contraente è consapevole che Generali Italia si riserva la facoltà di accettare o meno la presente proposta di polizza. Generali Italia comunicherà l'avvenuta accettazione della proposta.

Dichiarazioni

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Io sottoscritto contraente dichiaro:
 in caso di prodotti di investimento e risparmio:

(18) Solo per i prodotti Lungavita Basic (Tar. 5A, 5SS, 5AJ), Lungavita Non Fumatori Top a capitale decrescente (Tar. 5ANF), Lungavita Special Non Fumatori Top (Tar. 5IMNF), Valore Protetto New.

(19) Vedi tabella «Codici Questionario riservato a prodotti specifici - Professionale» sul retro.

(20) Vedi tabella «Codici Questionario riservato a prodotti specifici - Sportivo» sul retro.



- di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il set informativo, mod. _____ - ed. _____, composto dal documento contenente le informazioni chiave ed eventuale documento contenente le informazioni specifiche (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;
 - la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e le informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di essere consapevole che le informazioni e i dati da me forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo cliente, qui confermati, sono necessari per la valutazione di adeguatezza della presente proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative manifestate;
- di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza reso, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato in quanto adeguato rispetto alla mia tolleranza al rischio e alla mia capacità di sostenere le perdite, tenuto conto delle informazioni da me fornite a Generali Italia con particolare riguardo alla mia esperienza e conoscenza nell'ambito dell'investimento rilevante per tipo di prodotto, alla mia situazione finanziaria e ai miei obiettivi di investimento;
- solo per il prodotto ImmaginaFuturo: di prendere atto che i soggetti assicurati dal presente contratto beneficiano altresì di una serie di prestazioni di assistenza, fornite attraverso apposita polizza di assicurazione assistenza (polizza n° 36713Q) stipulata da Generali Italia S.p.A. a favore degli assicurati stessi, e di avere ricevuto il documento "condizioni di assicurazione assistenza mod. 18107", recante la descrizione delle predette prestazioni di assistenza, con le relative condizioni, limiti e i riferimenti per l'erogazione delle prestazioni;
- in caso di prodotti di puro rischio e di rendita:
 - di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il set informativo, mod. _____ - ed. _____, composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi, dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
 - la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e le informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018);
 - di essere consapevole che le informazioni e i dati da me forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo cliente, sono necessari per la valutazione di coerenza della presente proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative manifestate;
 - di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza reso, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato, sulla base delle informazioni da me rese a Generali Italia, in quanto idoneo a soddisfare i miei bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura che ho indicato;
 - che la presente proposta non è connessa a mutui o altri tipi di finanziamenti (attenzione: se vi è connessione a mutui/finanziamenti non potranno essere sottoscritte coperture con rischio demografico).

Inoltre, io sottoscritto contraente:

- prendo atto che gli importi del premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- dichiaro di conoscere e di accettare i contenuti delle condizioni di assicurazione a mie mani;
- mi impegno, se la presente proposta sarà accettata senza modificazioni, a versare il premio entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto.

Io sottoscritto contraente dichiaro che il titolare effettivo del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta coincide con il contraente ovvero con il soggetto indicato nell'apposito MODULO DI IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO PER PERSONA FISICA da allegare.

Mi impegno inoltre a comunicare alla compagnia ogni futura operazione effettuata per conto di un titolare effettivo diverso

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica: io sottoscritto, in qualità di esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, confermo i dati identificativi del/i titolare/i effettivo/i del contraente già forniti all'interno del Profilo cliente.

Io sottoscritto assicurando:

- confermo le dichiarazioni da me rese nella presente proposta e mi impegno a comunicare a Generali Italia qualsiasi eventuale cambiamento del mio stato di salute che intervenga fino alla conferma di accettazione della presente proposta da parte di Generali Italia;
- prosciolgo 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, enti ed 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, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- dichiaro, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ad ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omissso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base dei quali verrà emessa la polizza e di assumermi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Io sottoscritto sono consapevole e do atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con i questionari sopra riportati sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse Generali Italia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- solo per il prodotto ImmaginaFuturo, se ricorre la condizione di seguito descritta: dichiaro di essere già titolare di assegno di invalidità o pensione di inabilità (assistenziali/previdenziali) o di un'indennità di accompagnamento.

Inoltre, presa visione dell'informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, io sottoscritto prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Firma del contraente⁽²¹⁾ _____

Firma dell'assicurando⁽²²⁾ _____



Dichiarazioni intermediario

Io sottoscritto _____ Agente/Collaboratore dell'Agenzia di _____, nel confermare la regolare acquisizione del presente Modulo di Proposta ed inviandolo a Generali Italia, attesto che lo stesso è stato correttamente compilato, che le firme sopra riportate sono state apposte dagli interessati in mia presenza e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di avere identificato, anche ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni, i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato _____ Firma dell'agente a conferma dell'identità del proprio collaboratore incaricato _____

(21) O del suo legale rappresentante/esecutore.

(22) Se contraente e assicurando sono la stessa persona, è sufficiente apporre un'unica firma.

Tabella beneficiari

Beneficiari in caso di vita

0. L'assicurato.
1. Il contraente o, se premorto, l'assicurato.
2. I figli nati e nascituri dell'assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, l'assicurato.
3. I genitori dell'assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, l'assicurato.
4. Il coniuge dell'assicurato al momento della liquidazione o, se premorto, l'assicurato.

Beneficiari in caso di morte

- A. Gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.
- B. Il contraente.
- C. Il contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.
- D. Gli eredi testamentari dell'assicurato in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.
- E. I figli nati o nascituri dell'assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.
- F. I genitori dell'assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.
- G. Il coniuge dell'assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.
- H. Il coniuge dell'assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'assicurato.
- L. Il coniuge dell'assicurato al momento del decesso e i figli dell'assicurato, con diritto di accrescimento tra loro.

Codici per Questionario riservato a prodotti specifici

Professionale

1. Libero professionista: titolare di azienda; commerciante o negoziante; appartenente alle forze armate (che non naviga, né vola); albergatore o operatore turistico; pensionato; benestante o studente; casalinga; insegnante o ministro del culto; dirigente; impiegato; agricoltore; autista senza guida di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; artigiano o operaio senza uso di macchine e senza accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere; fabbro o falegname; lavoratore edile con qualifica di sorvegliante; capo-mastro, capo operaio; chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive; funzionario di pubblica sicurezza, Carabiniere da Maggiore incluso, Guardia di Finanza da Sottotenente incluso.
2. Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; ruspista, escavatorista, trattorista; addetto ai lavori di tornitura, fresatura, politura; elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; fonditore; vetraio soffiatore o tagliatore; lavoratore edile con accesso ad impalcature o tetti; operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; minatore con lavoro in cave o lavoro saltuario in pozzi, senza uso di esplosivo, appartenente ai corpi di: pubblica sicurezza, Carabinieri, Guardia di Finanza, agenti di custodia, Vigili del Fuoco ed Urbani armati; addetti alla vigilanza armata; marittimo o pescatore di mare; tecnico di radiologia.
3. Minatore con uso di esplosivo.
4. Chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie esplosive.
5. Chimico (altro personale) addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche e/o esplosive.

Sportivo

1. Nessuna attività sportiva.
2. Calcio, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazioni a gare e tornei, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, escursionismo alpino, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, tutte esercitate in forma dilettantistica.
3. Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con autorespiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli.
4. Ciclismo agonistico, sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee.
5. Pugilato agonistico.
6. Volo con deltaplano non a motore o parapendio.