

# Modulo di proposta di assicurazione sulla vita

FAC-SIMILE



Luogo<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ Data<sup>(1)</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 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)<sup>(2)</sup>**

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<sup>(3)</sup>  Affinità<sup>(3)</sup>  Coniugio<sup>(3)</sup>  Convivenza di fatto o unione civile<sup>(3)</sup>  Rapporto di lavoro/affari

Relazione amicale<sup>(3)</sup>  Beneficienza/liberalità  Altro, specificare \_\_\_\_\_

Motivazione dell'individuazione di un assicurando diverso dal contraente \_\_\_\_\_

**Beneficiari<sup>(4)</sup>**

**Beneficiario in caso di vita dell'assicurato a scadenza:** codice<sup>(5)</sup> \_\_\_\_ 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<sup>(3)</sup>  Affinità<sup>(3)</sup>  Coniugio<sup>(3)</sup>  Convivenza di fatto o unione civile<sup>(3)</sup>  Rapporto di lavoro/affari

Relazione amicale<sup>(3)</sup>  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<sup>(5)</sup> \_\_\_\_ 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<sup>(3)</sup>  Affinità<sup>(3)</sup>  Coniugio<sup>(3)</sup>  Convivenza di fatto o unione civile<sup>(3)</sup>  Rapporto di lavoro/affari

Relazione amicale<sup>(3)</sup>  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<sup>(6)</sup> 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<sup>(7)</sup>**

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 \_\_\_\_\_ %

Tutela Clima Ric. U \_\_\_\_\_ %       Pari Opportunità Ric. U \_\_\_\_\_ %       Consumo Resp. Ric. U \_\_\_\_\_ %

Crescita Sost. Ric. U \_\_\_\_\_ %       Salute e Benes. Ric. U \_\_\_\_\_ %     

Gestioni separate  Gesav Ric. U \_\_\_\_\_ %       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<sup>(8)</sup> o premio unico al netto dei diritti di emissione<sup>(9)</sup> € \_\_\_\_\_

B - Capitale o rendita iniziale € \_\_\_\_\_

C - Importo o rata di perfezionamento<sup>(10)</sup> € \_\_\_\_\_

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<sup>(11)</sup> 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<sup>(12)</sup>      B - Capitale € \_\_\_\_\_

Premio complessivo relativo alle assicurazioni complementari € \_\_\_\_\_

**Polizze collegate**

Numero polizza \_\_\_\_\_ Tipo utilizzo<sup>(13)</sup>

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<sup>(14)</sup>      Versamento contestuale  SI       NO

Addebito Diretto SEPA (SDD)       Sin dal perfezionamento<sup>(15)</sup>       Solo per i versamenti successivi

Delega centralizzata       Sin dal perfezionamento<sup>(15)</sup>       Solo per i versamenti successivi

Ente delegato \_\_\_\_\_      Codice fiscale ente delegato \_\_\_\_\_

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).  
 (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) Assicurazione non attivabile se l'assicurato è già titolare di assegno di invalidità, pensione di inabilità o indennità di accompagnamento. Si veda apposita dichiarazione a pag. 7  
 (13) 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.  
 (14) 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.  
 (15) 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<sup>(16)</sup>  Affinità<sup>(16)</sup>  Coniugio<sup>(16)</sup>  Convivenza di fatto o unione civile<sup>(16)</sup>  Rapporto di lavoro/affari  
 Relazione amicale<sup>(16)</sup>  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 Marocchesa, 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.<sup>(17)</sup> 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, GENERAVALORE E GENERASVILUPPO MULTIPLAN NON COMPILARE ALCUN QUESTIONARIO.** Come previsto dalle condizioni di contratto, il decesso e, per ImmaginaFuturo e GeneraSviluppo MultiPlan, anche l'invalidità e l'inabilità conseguenti a patologie e/o lesioni già presenti al momento della sottoscrizione non rientrano in copertura.

Avvertenze:

- 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;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- 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.

(16) Valido solo per rapporto tra persone fisiche.

(17) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Questionario standard<sup>(18)</sup>

## 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?  
**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.2 Infarto, malattie coronariche, angina?  NO  SI
- E.3 Epatite B?  NO  SI
- E.4 Epatite C?  NO  SI
- E.5 Sclerosi multipla?  NO  SI
- E.6 Ictus?  NO  SI
- E.7 Artrite reumatoide?  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 \_\_\_\_\_



**Questionario riservato a prodotti specifici** <sup>(19)</sup>

**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  NO  SI

Senza visita medica  Con visita medica

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 biotipici 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<sup>(20)</sup>  1  2  3  4  5  99 altro (precisare)

**Sportivo** codice<sup>(21)</sup>  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:

(19) 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.

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

(21) 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 i prodotti ImmaginaFuturo e GeneraSviluppo MultiPlan, 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<sup>(22)</sup> \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurando<sup>(23)</sup> \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_

(22) O del suo legale rappresentante/esecutore.

(23) 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.