

Modulo di proposta di assicurazione sulla vita

Proposta n.

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.

Proposta n.



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 Libra Libra Plus Challenge Challenge Plus

Combinazioni Obiettivo Ambizione Smart Futuro Smart Società & Salute Smart Mix

Fondi interni 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⁽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⁽¹²⁾ B - Capitale € _____

_____ € _____

Premio complessivo relativo alle assicurazioni complementari € _____

Polizze collegate

Numero polizza _____ Tipo utilizzo⁽¹³⁾

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 € _____

Importo indicativo netto tasse _____

Servizio _____



Modalità di versamento

P.O.S. Bonifico Altro⁽¹⁴⁾ Versamento contestuale SI NO

Addebito Diretto SEPA (SDD) Sin dal perfezionamento⁽¹⁵⁾ Solo per i versamenti successivi

Delega centralizzata Sin dal perfezionamento⁽¹⁵⁾ Solo per i versamenti successivi

Ente delegato _____ Codice fiscale ente delegato _____

(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) 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.

Proposta n.



Mandato SEPA

Riferimento del mandato

Cod. Aziendale SIA Cod. assegnato dall'azienda creditrice al debitore

Conto di addebito IBAN

Cod. Paese CIN CIN ABI CAB Numero conto corrente

Tipo versamento Codice SWIFT BIC

Dati relativi all'intestatario del conto corrente, se diverso dal contraente o esecutore indicato nella presente

Cognome e nome Sesso / 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⁽¹⁶⁾ Affinità⁽¹⁶⁾ Coniugio⁽¹⁶⁾ Convivenza di fatto o unione civile⁽¹⁶⁾ Rapporto di lavoro/affari

Relazione amicale⁽¹⁶⁾ 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

Dati relativi all'azienda creditrice

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.⁽¹⁷⁾ 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, GENERASVILUPPO MULTIPLAN, GENERAEQUILIBRIO, GENERAVALORE, GENERA PROEVOLUTION E GENERASVILUPPO SOSTENIBILE NON COMPILARE ALCUN QUESTIONARIO.

Come previsto dalle condizioni di contratto, il decesso e, per ImmaginaFuturo, GeneraSviluppo MultiPlan e Genera PROevolution, anche l'invalidità e l'incapacità 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 ⁽¹⁸⁾

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 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.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 _____

(18) 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 ⁽¹⁹⁾

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 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⁽²⁰⁾ 1 2 3 4 5 99 altro (precisare)

Sportivo codice⁽²¹⁾ 1 2 3 4 5 6 99 altro (precisare)

Firma dell'assicurando

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

Preso 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.

(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.

Proposta n.

Io sottoscritto contraente dichiaro:

in caso di prodotti di investimento e risparmio:

- 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 e dall'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;
- 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), 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), 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);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i miei bisogni assicurativi e le mie esigenze di copertura e, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, che lo stesso è adeguato in quanto risponde alle mie preferenze, ai miei obiettivi ed alle mie caratteristiche;

in caso di prodotti di puro rischio e di rendita:

- di aver ricevuto, 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 di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
- 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), il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018), 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);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i miei bisogni assicurativi e le mie esigenze di copertura e, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le mie richieste ed esigenze;
- 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;
- proscolgo 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, ommesso 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⁽²²⁾ _____

Firma dell'assicurato⁽²³⁾ _____

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 nati 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 nati 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.