

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**

Cognome e nome/Denominazione _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Assicurando (se diverso dal contraente)⁽²⁾Cognome e nome _____ Sesso M / F

Data di nascita ____ / ____ / ____

Comune di nascita _____ Prov. ____ Nazione _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

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 ____ / ____ / ____

Beneficiari⁽³⁾ **Beneficiario in caso di vita dell'assicurato a scadenza:** codice⁽⁴⁾ _____ oppure

Cognome e nome _____ % 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: Appartenente al nucleo familiare Rapporto di lavoro/affari Altro _____ **Beneficiario in caso di morte dell'assicurato:** codice⁽⁴⁾ _____ oppure

Cognome e nome _____ % 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: Appartenente al nucleo familiare Rapporto di lavoro/affari Altro _____**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:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ n° ____ CAP _____ Località _____

Comune _____ Prov. ____ Nazione _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Legale rappresentante/esecutore⁽⁵⁾ già identificato nel Profilo cliente

Cognome e nome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Comune di nascita _____ Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ Codice Fiscale _____

Adeguatezza⁽⁶⁾

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

(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) 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.

(4) 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.

(5) 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 da Generali Italia, che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente.

(6) Non compilare per i prodotti Lungavita (TCM e LTC) e per Pensione Immediata (Tar. 9 RIV, 10 RIV e 9R RIV).

Prodotto

Prodotto _____ Convenzione _____

Ripartizione Investimento

Linee d'investimento

M. Emerging Markets M. Global Plus Europe Plus Libra
 Libra Plus Challenge Challenge Plus
 InItalia InItalia Plus

Combinazioni

Obiettivo Ambizione Start Plus Extra

Fondi interni

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

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⁽⁷⁾
o premio unico al netto dei diritti di emissione⁽⁸⁾ € _____
 B - Capitale o rendita iniziale € _____
 C - Importo o rata di perfezionamento⁽⁹⁾ € _____
 _____ € _____

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⁽¹⁰⁾ 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⁽¹¹⁾

 Contraente esercente attività d'impresa ▲

Conto corrente e servizi liquidativi

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 pagamento

P.O.S. Assegno Bonifico Altro⁽¹²⁾ **Pagamento contestuale** SI NO
 Addebito Diretto SEPA (SDD) Sin dal perfezionamento⁽¹³⁾ Solo per i pagamenti successivi
 Delega centralizzata Sin dal perfezionamento⁽¹³⁾ Solo per i pagamenti successivi

Ente delegato _____ Codice fiscale ente delegato _____

Attenzione: i pagamenti 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 pagamento è possibile attraverso bollettino, se previsto. Il pagamento del premio non può essere effettuato in contanti.

(7) Importo del premio annuo (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari e accessorie, addizionale di frazionamento e diritti di quietanza, tutti relativi ad un'annualità; sono esclusi i diritti di emissione previsti per la rata di perfezionamento).
(8) Importo di premio unico (comprensivo di eventuali sovrappremi e premi relativi alle assicurazioni complementari e accessorie; sono esclusi i diritti di emissione).
(9) Importo della rata di perfezionamento (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari e accessorie, addizionale di frazionamento e diritti di emissione; sono esclusi i diritti di quietanza previsti per le rate successive).

(10) Da indicare esclusivamente per contratti in valuta diversa da euro e per prodotti che prevedono tale possibilità di scelta.
(11) 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.
(12) Le modalità di pagamento 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.
(13) 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. Paese	CIN IBAN CIN ABI CAB Numero conto corrente
Tipo pagamento	Ricorrente	Codice SWIFT BIC _____
Dati relativi all'intestatario del conto corrente, se diverso dal contraente o esecutore indicato nella presente		
Cognome e nome	Sesso <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita _____ / _____ / _____
Comune di nascita	Prov. _____	Nazione _____
Indirizzo	_____ n° _____ CAP _____	
Località	Comune _____	Prov. _____ Nazione _____
E-mail	_____ Codice Fiscale _____	
Persona politicamente esposta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rapporto con il contraente:	
	<input type="checkbox"/> Appartenente al nucleo familiare <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Altro _____	
Estremi del documento	<input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente di guida <input type="checkbox"/> _____	
Num. documento	Ente e luogo di rilascio _____	
Data di rilascio	_____ / _____ / _____ Data di scadenza _____ / _____ / _____	
Codice identificativo del creditore	I T 5 7 0 0 5 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 del 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.⁽¹⁴⁾ 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

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 E IMMAGINAFUTURO 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:

- 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 dall'impresa, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

Questionario standard⁽¹⁵⁾**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

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

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

(15) 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).



B Fumi o hai mai fumato? Se sì, indica il periodo e la quantità giornaliera. (1 sigaretta = 1 unità) NO SI

Se sì, dal / / al / / Se attualmente fumi, indica come seconda data quella di compilazione della presente proposta.

da 0 a 20 al giorno da 21 a 40 al giorno oltre 40 al giorno

C In una giornata bevi più di 4 bicchieri di alcolici oppure fai o hai fatto di recente uso di sostanze stupefacenti? (vino: 1 bicchiere=125 ml; birra: 1 bicchiere=1/2 pinta o 300 ml; superalcolico: 1 bicchiere=30 ml) NO SI

D Soffri o hai mai sofferto di malattie della tiroide (esclusi i tumori), ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, asma, diabete mellito? (Se NO, salta alla domanda "E". Se SI, prosegui con le domande seguenti) NO SI

D.1 ipotiroidismo, ipertiroidismo, altre 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? NO SI

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

D.3 ipercolesterolemia? 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 lieve o moderata, sei in cura con dei farmaci che riescono a controllare in modo efficace la patologia? NO SI

Se grave, necessaria documentazione specifica.

D.5 diabete mellito? no sì, tipo 1 sì, tipo 2

Se sì tipo 2: - diagnosticato in data _____

- 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, necessaria documentazione specifica

E Soffri o hai mai sofferto di: tumori, infarto, malattie coronariche, angina, epatite B, epatite 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 SI ad almeno una delle domande da E.1 a E.7, necessaria documentazione specifica.

F Soffri o hai mai sofferto di malattie che non rientrano nelle categorie elencate ai precedenti punti "D" ed "E"? Sei in cura con dei farmaci per patologie diverse da quelle sopra elencate? NO SI

Se sì, indica la patologia, il farmaco, il dosaggio e da quando ne soffri. _____

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? (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) NO SI

Se sì, precisa quando, per quale motivo, per quanto tempo e con quale esito. _____

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: farti il bagno o la doccia, vestirti e svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare?

no sì, farsi il bagno o la doccia sì, mobilità sì, vestirti e svestirti
 sì, continenza sì, igiene del corpo sì, bere e mangiare

Se sì (qualsiasi), precisa cause ed eventuale patologia sottostante. _____

Professionale codice⁽¹⁶⁾ 1 2 3 altro (precisare) _____

Sportivo codice⁽¹⁷⁾ 1 2 3 4 altro (precisare) _____

Firma dell'assicurato _____

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 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

(16) Vedi tabella «Codici Questionario Standard - Professionale» sul retro.

(17) Vedi tabella «Codici Questionario Standard - Sportivo» sul retro.

(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.



- 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 bioptici 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 della 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)

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.

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 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

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



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

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 interviene fino alla conferma di accettazione della presente proposta da parte di Generali Italia;
- proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli ospedali, le cliniche, le case di cura, 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, omesso 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 _____ dichiaro che la presente proposta è stata correttamente compilata e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D. Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche, i soggetti di cui trattasi 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 nati del 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 del 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 standard

Professionale

1. Impiegato/dirigente, libero professionista, commerciante, ferrovieri e macchinisti; appartenente alle forze armate (che non naviga, né vola), appartenente ai corpi di pubblica sicurezza, Carabinieri, Guardia di Finanza, agenti di custodia, Vigili del Fuoco ed Urbani armati (non appartenenti a forze speciali); marittimo o pescatore di mare; albergatore o operatore turistico; pensionato; benestante o studente; casalinga; insegnante; religioso; agricoltore; autista senza guida di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; elettricista su linee con tensione minore di 380 volt; artigiano, operaio o lavoratore edile senza accesso ai tetti, impalcature, pozzi o miniere; fabbro o falegname; ruspista; escavatorista; trattorista; altre attività professionali equiparabili a quelle sopra elencate.
2. Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; artigiano, operaio o lavoratore edile con accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere.
3. Altro.

Sportivo

1. Nessuna attività sportiva oppure attività di baseball; biliardo; calcio; football; golf; hockey; pallacanestro; pallavolo; palla a mano; rugby; squash; tennis; nuoto; fitness; sci (escluso sci estremo e sci alpinismo); pesca e caccia; arti marziali; ciclismo; equitazione; triathlon; sport motoristici senza partecipazione a gare e/o manifestazioni; altre attività sportive equiparabili a quelle sopra elencate.
2. Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee; attività subacquee con autorespiratore (escluse grotte, relitti ed escursioni in solitaria); vela di altura; sport motoristici con partecipazione a gare e/o manifestazioni a livello dilettantistico.
3. Sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, sport aerei (escluso volo acrobatico, paracadutismo, tentativi di record e forme estreme).
4. Altro.

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, Carabinieri 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.