

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____ NAZIONE _____
BROKER _____	CODICE _____	

PRODOTTO**PRODOTTO** TEMPORANEE DI RISCHIO LONG TERM CARE**EVENTI ASSICURATI** MORTE MORTE + INVALIDITÀ DREAD DISEASE**CATEGORIE DI LAVORO** DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾ DIRIGENTE IMPIEGATO OPERAIO GENERICO ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE** OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali) VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE _____	
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME _____			
DATA DI NASCITA _____	COMUNE DI NASCITA _____	PROV. _____	CODICE FISCALE _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO € _____

 P.O.S. BONIFICO ASSEGNO ALTRO ⁽²⁾

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore_____
Firma dell'incaricato dell'operazione

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

Investimento Risparmio Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Reddito da lavoro dipendente Operazione/Rendite da immobili
 Reddito da lavoro autonomo Utile societario/Reddito d'impresa
 Vincita Reinvestimento
 Lascito/eredità/donazione Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
 Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione Scudo Fiscale - voluntary disclosure
 Altro (specificare) _____

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE _____

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Il sottoscritto Contraente dichiara:

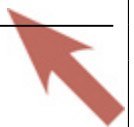
- di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo, mod ED. 01/19 che si compone di DIP, DIP aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione e della presente Proposta di assicurazione.
- di essere consapevole che le informazioni e i dati 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 viene raccomandato, sulla base delle informazioni rese a Generali Italia S.p.A., in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura indicati;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

Firma del Contraente



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, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione _____



NOTE

- 1) Nel caso in cui il cliente applichi il CCNL Industria ai propri dirigenti, è necessaria la sottoscrizione della dichiarazione di autocertificazione che ne attesti l'applicazione.
- 2) Le modalità di pagamento offerte del servizio bancario e postale (tra cui il bollettino, se previsto) o i pagamenti effettuati in pari data con liquidazione di una o più polizza emesse da Generali Italia
- 3) Data sottoscrizione proposta.

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____
BROKER _____	NAZIONE _____	CAP _____
		CODICE _____

PRODOTTO**PRODOTTO** TEMPORANEE DI RISCHIO LONG TERM CARE**EVENTI ASSICURATI** MORTE MORTE + INVALIDITÀ DREAD DISEASE**CATEGORIE DI LAVORO** DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾ DIRIGENTE IMPIEGATO OPERAIO GENERICO ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE** OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali) VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE _____	
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME _____			
DATA DI NASCITA _____	COMUNE DI NASCITA _____	PROV. _____	CODICE FISCALE _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO € _____

 P.O.S. BONIFICO ASSEGNO ALTRO ⁽²⁾

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore_____
Firma dell'incaricato dell'operazione

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

Investimento Risparmio Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Reddito da lavoro dipendente Operazione/Rendite da immobili
 Reddito da lavoro autonomo Utile societario/Reddito d'impresa
 Vincita Reinvestimento
 Lascito/eredità/donazione Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
 Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione Scudo Fiscale - voluntary disclosure
 Altro (specificare) _____

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE _____

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Il sottoscritto Contraente dichiara:

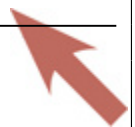
- di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo, mod ED. 01/19 che si compone di DIP, DIP aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione e della presente Proposta di assicurazione.
- di essere consapevole che le informazioni e i dati 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 viene raccomandato, sulla base delle informazioni rese a Generali Italia S.p.A., in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura indicati;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

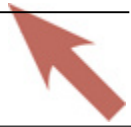
Firma del Contraente



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, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione _____



NOTE

- 1) Nel caso in cui il cliente applichi il CCNL Industria ai propri dirigenti, è necessaria la sottoscrizione della dichiarazione di autocertificazione che ne attesti l'applicazione.
- 2) Le modalità di pagamento offerte del servizio bancario e postale (tra cui il bollettino, se previsto) o i pagamenti effettuati in pari data con liquidazione di una o più polizza emesse da Generali Italia
- 3) Data sottoscrizione proposta.

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____
BROKER _____		NAZIONE _____
		CAP _____
		CODICE _____

PRODOTTO**PRODOTTO** TEMPORANEE DI RISCHIO LONG TERM CARE**EVENTI ASSICURATI** MORTE MORTE + INVALIDITÀ DREAD DISEASE**CATEGORIE DI LAVORO** DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾ DIRIGENTE IMPIEGATO OPERAIO GENERICO ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE** OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali) VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE _____	
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME _____			
DATA DI NASCITA _____	COMUNE DI NASCITA _____	PROV. _____	CODICE FISCALE _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO € _____

 P.O.S. BONIFICO ASSEGNO ALTRO ⁽²⁾

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore_____
Firma dell'incaricato dell'operazione

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

Investimento Risparmio Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Reddito da lavoro dipendente Operazione/Rendite da immobili
 Reddito da lavoro autonomo Utile societario/Reddito d'impresa
 Vincita Reinvestimento
 Lascito/eredità/donazione Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
 Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione Scudo Fiscale - voluntary disclosure
 Altro (specificare) _____

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE _____

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Il sottoscritto Contraente dichiara:

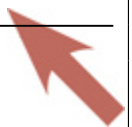
- di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo, mod ED. 01/19 che si compone di DIP, DIP aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione e della presente Proposta di assicurazione.
- di essere consapevole che le informazioni e i dati 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 viene raccomandato, sulla base delle informazioni rese a Generali Italia S.p.A., in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura indicati;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

Firma del Contraente



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, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione _____



NOTE

- 1) Nel caso in cui il cliente applichi il CCNL Industria ai propri dirigenti, è necessaria la sottoscrizione della dichiarazione di autocertificazione che ne attesti l'applicazione.
- 2) Le modalità di pagamento offerte del servizio bancario e postale (tra cui il bollettino, se previsto) o i pagamenti effettuati in pari data con liquidazione di una o più polizza emesse da Generali Italia
- 3) Data sottoscrizione proposta.