Modulo di proposta di assicurazione sulla vita

FAC-SIMILE

GENERALI

Proposta n. 999999999

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

Selezionare questa casella solo per il prodotto GenerAzione Risparmio, se il Contraente è diverso dal Primo Assicurato e viene indicato come Secondo Assicurato per le coperture complementari facoltative Traguardo Protetto e Traguardo Protetto Gravi Imprevisti.

Nome e cognome/Denominazione

Codice Fiscale Partita IVA

Assicurato (se diverso dal contraente)(2)(3)

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(4) ◯ Affinità(4) ◯ Coniugio(4) ◯ Convivenza di fatto o unione civile(4) ◯ Rapporto di lavoro/affari

◯ Relazione amicale(4) ◯ Beneficenza/liberalità ◯ Altro, specificare

Motivazione dell'individuazione di un assicurato diverso dal contraente

Beneficiari(5)

Beneficiario in caso di vita dell'assicurato a scadenza: codice(6) 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(4) ◯ Affinità(4) ◯ Coniugio(4) ◯ Convivenza di fatto o unione civile(4) ◯ Rapporto di lavoro/affari

◯ Relazione amicale(4) ◯ Beneficenza/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(6) 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(4) ◯ Affinità(4) ◯ Coniugio(4) ◯ Convivenza di fatto o unione civile(4) ◯ Rapporto di lavoro/affari

◯ Relazione amicale(4) ◯ Beneficenza/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:

(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) Per il prodotto GenerAzione Risparmio è il Primo Assicurato, quando presente anche il Secondo Assicurato.
(4) Valido solo per rapporto tra persone fisiche.
(5) Per il prodotto GenerAzione Risparmio indicare il beneficiario in caso di morte del Primo Assicurato, che, salvo diversa designazione nell'apposito allegato, coincide con il beneficiario in caso di morte del Secondo Assicurato, se presente. In caso in cui (a) per il prodotto GenerAzione Risparmio ci sia un beneficiario in caso di morte del Secondo Assicurato diverso dal beneficiario in caso di morte del Primo Assicurato, (b) il beneficio sia attribuito irrevocabilmente, (c) vi sia più di un beneficiario o (d) il beneficio sia attribuito a una persona giuridica, stampare e compilare l'apposito allegato.
(6) 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.

FACSIMILE

Proposta n. 999999999

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

Legale rappresentante/esecutore(7) già identificato nel Profilo cliente

Nome e cognome Data di nascita
Comune di nascita Codice Fiscale

Adeguatezza(8)

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

◯ Molto breve (fino a 3 anni) ◯ Breve (da 4 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 ◯ Si, nei primi 3 anni ◯ Si, fra il 4° e il 10° anno ◯ Si, oltre il 10° anno

Prodotto

Prodotto Convenzione

Ripartizione Investimento

Modalità di investimento all'emissione(9)

Linee d'investimento											
Combinazioni	Obiettivo			Ambizione							
Fondi interni	Tutela Clima	Ric.	U.	0%	Pari Opportunità	Ric.	U.	0%			
	Consumo Resp.	Ric.	U.	0%	Crescita Sost.	Ric.	U.	0%			
	Salute e Benes.	Ric.	U.	0%	Mondo Azionario	Ric.	U.	0%			
				0%							
Gestioni separate	Gesav	Ric.	U.	0%	Geval/$	0%		0%			

OICR(10) 0%

0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%

Servizi ◯ Bilancia / Strategia Mercati ◯ Stop LTC ◯ Altro

Dati tecnici

Data decorrenza Durata contratto Durata pagamento premi - Periodo traguardo

Modalità di calcolo

A - Premio annuo di quietanza(11) o premio unico al netto dei diritti di emissione(12)	€ 0,00
B - Capitale o rendita iniziale	€ 0,00
C - Importo o rata di perfezionamento(13)	€ 0,00
	€ 0,00

Premio annuo dichiarato € 0,00 Diritti di emissione € 0,00

Frazionamento del premio

◯ Annuale ◯ Semestrale ◯ Quadrimestrale ◯ Bimestrale ◯ Mensile ◯

Modalità di crescita del premio ◯ Costante ◯ Gestione separata ◯ ISTAT ◯ del 0,00%

Applicata(14) al premio espresso in ◯ Euro ◯ Valuta contrattuale

Rateazione rendita

◯ Annuale ◯ Semestrale ◯ Quadrimestrale ◯ Trimestrale ◯ Bimestrale ◯ Mensile

(7) 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.

(8) Non compilare per i prodotti non IBIP (TCM, LTC e rendite "Pensione Immediata").

(9) Da compilare solo per il prodotto GenerAzione Investimento, indicando il Percorso scelto. Le regole per la scelta del Percorso sono riportate nelle condizioni di assicurazione.

(10) Da compilare solo per il prodotto GenerAzione Investimento, indicando la percentuale complessiva di OICR rispetto al totale dell'investimento e specificando per ciascun OICR scelto il relativo codice ISIN, oltre alla percentuale del singolo OICR sul totale della componente in OICR. Le regole di investimento negli OICR inclusi nei Percorsi sono riportate nelle condizioni di assicurazione. L'elenco degli OICR appartenenti all'Universo Investibile di ogni Percorso è riportato in allegato alle condizioni di assicurazione.

(11) Importo del premio annuo (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari, imposte, addizionale di frazionamento e diritti di quietanza, tutti relativi ad un'annualità; sono esclusi i diritti di emissione previsti per la rata di perfezionamento).

(12) Importo di premio unico (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari e imposte; sono esclusi i diritti di emissione).

(13) Importo della rata di perfezionamento (comprensivo di eventuali sovrappremi, premi relativi alle assicurazioni complementari, imposte, addizionale di frazionamento e diritti di emissione; sono esclusi i diritti di quietanza previsti per le rate successive).

(14) Da indicare esclusivamente per contratti in valuta diversa da euro e per prodotti che prevedono tale possibilità di scelta.

FAC-SIMILE

Proposta n. 999999999

Assicurazioni complementari

Temporanea caso morte a p. unico	A - Premio	€ 0,00
Complementari infortuni		€ 0,00
Temporanea caso morte a p. annuo	B - Capitale	€ 0,00
Invalidità/inabilità[15]	B - Capitale	€ 0,00
Grave malattia		€ 0,00
Lesioni		€ 0,00
		€ 0,00

Premio complessivo relativo alle assicurazioni complementari € 0,00

Polizze collegate

Numero polizza	Tipo utilizzo[16]	

Contraente esercente attività d'impresa ▲

Conto corrente e servizi di pagamento

Cod. CIN / Paese IBAN CINABI / CAB / Numero conto corrente

Servizio Realizza ◯ SI ◯ NO

Servizio Pianifica ◯ SI ◯ NO € 0,00

Importo indicativo netto tasse

Servizio

Modalità di versamento

◯ P.O.S. ◯ Bonifico ◯ Altro[17] Versamento contestuale ◯ SI ◯ NO

◯ Addebito Diretto SEPA (SDD) ◯ Sin dal perfezionamento[18] ◯ Solo per i versamenti successivi

◯ Delega centralizzata ◯ Sin dal perfezionamento[18] ◯ Solo per i versamenti successivi

Ente delegato Codice Fiscale Ente delegato

Attenzione: i versamenti effettuati tramite bollettino, bonifico e assegno (quest'ultimo sempre munito della clausola di intrasferibilità), dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A. o, in alternativa, all'agenzia o all'agente in qualità di titolare del mandato di Generali Italia S.p.A. ove indicato nella comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (conforme all'allegato 4 del Regolamento Ivass n. 40/2018 per i prodotti di investimento e risparmio e all'allegato 3 del Regolamento Ivass n. 40/2018 per i prodotti di puro rischio e di rendita) consegnata. Non è possibile versare il premio in contanti.

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 CINABI / 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)

Email Codice Fiscale

Rapporto con il contraente

◯ Parentela[19] ◯ Affinità[19] ◯ Coniugio[19] ◯ Convivenza di fatto o unione civile[19] ◯ Rapporto di lavoro/affari

◯ Relazione amicale[19] ◯ Beneficenza/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 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

(15) Assicurazione non attivabile se l'assicurato è già invalido o inabile. Si veda apposita dichiarazione a pag. 7.

(16) 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.

(17) 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.

(18) Disponibile solo per specifici prodotti.

(19) Valido solo per rapporto tra persone fisiche.

FACSIMILE

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 temine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto[20]. 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 da (i) a (viii) 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'assicurato

PER I PRODOTTI IMMAGINAFUTURO, GENERASVILUPPO SOSTENIBILE E GENERAZIONE RISPARMIO NON COMPILARE ALCUN QUESTIONARIO. Come previsto dalle condizioni di contratto, il decesso e, per ImmaginaFuturo e GenerAzione Risparmio, anche l'invalidità e l'inabilità conseguenti a patologie e/o lesioni già presenti al momento della sottoscrizione non rientrano in copertura.

Avvertenze:

a. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
b. prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
c. anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
d. l'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Questionario smart[21]

Ti trovi in almeno una delle seguenti situazioni? ◯ NO ◯ SI

- Soffri, hai sofferto, o hai in corso degli accertamenti per possibile diagnosi di: diabete, tumori maligni, infarto cardiaco o malattie coronariche, altre cardiopatie (valvulopatie, aritmie o miocardiopatie), ictus e ischemie, insufficienza renale, polmonite da covid-19 con ricovero in terapia intensiva, epatite B/C o cirrosi epatica, malattie degenerative del sistema nervoso (ad es. demenza, Parkinson, Alzheimer, sclerosi multipla, SLA, Corea di Huntington)?

e/o

- Sei stato ricoverato o operato negli ultimi 5 anni oppure sei in attesa di un prossimo ricovero o intervento? (Si intendono esclusi gli interventi di chirurgia estetica, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, ricostruzione legamenti, fratture ossee, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia).

Questionario standard[22]

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.

(20) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.
(21) Utilizzabile solo per i prodotti TCM della famiglia "Scegli col Cuore" se sussistono tutte le seguenti condizioni: l'assicurato ha età < 65 anni e 6 mesi, il capitale assicurato di proposta è ≤ €120.000, la durata contrattuale è ≤ 10 anni, la somma di capitale assicurato di proposta + capitali assicurati di eventuali altre polizze TCM precedentemente stipulate con Generali Italia per lo stesso assicurato con questionario smart è ≤ €120.000, e la somma di capitale assicurato di proposta + capitali assicurati di eventuali altre polizze TCM precedentemente stipulate con Generali Italia per lo stesso assicurato senza visita medica è ≤ €600.000.
(22) Per i prodotti TCM della famiglia "Scegli col Cuore" nei casi in cui non è previsto questionario smart e "Scegli per una Lungavita (LTC)".

FACSIMILE

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 ◯ Si, lieve ◯ SI, moderata ◯ SI, grave
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 ◯ Si, tipo 1 ◯ SI, tipo 2
Se di 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 Si 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 (qualsiasi), indica quale malattia e quali farmaci assumi.

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 "Scegli per una Lungavita (LTC)", 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, pratichi 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 pratichi?

Firma dell'assicurato

Questionario riservato a prodotti specifici(23)

Sanitario

Per prodotti non fumatori (in caso di risposta negativa non è possibile sottoscrivere coperture dedicate a non fumatori), io sottoscritto assicurato 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

(23) Solo per il prodotto Valore Protetto New.

FACSIMILE

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 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

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[24] ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 99 altro (precisare)
Sportivo codice[25] ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 99 altro (precisare)

Firma dell'assicurato

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 da (i) a (viii) 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 da (i) a (viii), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Firma dell'assicurato

Recesso dal contratto

Il contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione; solo per il prodotto Scegli col Cuore - Progetti entro sessanta giorni dalla sua conclusione. La comunicazione di recesso va inviata a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo dell'agenzia di riferimento o a Generali Italia. 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. Dalla data in cui Generali Italia o l'agenzia riceve la raccomandata, il contraente e Generali Italia sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

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;

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

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

FACSIMILE

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante (i) che il prodotto è coerente con i miei bisogni assicurativi e le mie esigenze di copertura, (ii) nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, che il prodotto è adeguato in quanto risponde alle mie preferenze, ai miei obiettivi e alle mie caratteristiche e (iii) che il prodotto è coerente con le preferenze di sostenibilità da me espresse oppure che la mia scelta è ricaduta su di un prodotto diverso per le motivazioni addotte in fase di consulenza;
- solo per il prodotto Rinnova Valore Special, di aver ricevuto l'appendice contrattuale di integrazione al set informativo consegnato;

☐ *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);
- di aver ricevuto la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le mie richieste ed esigenze;

☐ *solo per il prodotto "Scegli col cuore - Progetti"*, se ricorre la situazione di seguito descritta: che la presente proposta è connessa a mutuo o altro tipo di finanziamento; sono stato informato che, qualora la presente proposta di polizza sia necessaria per ottenere un finanziamento, classificabile come credito al consumo ai sensi della normativa vigente, ho il diritto di confrontare, per almeno tre giorni, le offerte di assicurazione, senza che le stesse vengano modificate, salvo che io stesso richieda la stipula della polizza prima della scadenza di tale termine.

- per le assicurazioni temporanee caso morte (diverse da "Scegli col cuore - Progetti" con connessione a finanziamenti espressamente dichiarata dal Contraente): che la presente proposta non è connessa a mutui o altri tipi di finanziamento.
- 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 oppure, per il solo prodotto Generali Obiettivo Rendimento, entro cinque 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 a Generali Italia 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 assicurato:

- 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, 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 i prodotti Immagina Futuro e GenerAzione Risparmio*, se ricorre la condizione di seguito descritta: dichiaro di essere già titolare o di avere in corso una pratica di riconoscimento di assegno di invalidità/pensione di inabilità (assistenziali/previdenziali) o di essere già titolare 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 da (i) a (viii) 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[26]	Firma dell'assicurato[27]

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

(26) O del suo legale rappresentante/esecutore. Per il prodotto GenerAzione Risparmio, se contraente e Secondo Assicurato sono la stessa persona, è sufficiente apporre un'unica firma.

(27) Se contraente e assicurato sono la stessa persona, è sufficiente apporre un'unica firma. Se l'assicurato è minorenne va apposta la firma del genitore/tutore in qualità di legale rappresentante.

FACSIMILE

Tabella beneficiari

Beneficiari in caso di vita

0. L'assicurato.
1. Il contraente o, se premorto, l'assicurato.
2. I figli nati e nasciturі 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 nasciturі 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; albergatore; operatore turistico; pensionato; benestante; studente; casalinga; insegnante; ministro del culto; dirigente; impiegato; agricoltore; ruspista; escavatorista; trattorista; addetto ai lavori di tornitura e o fresatura; elettricista; operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; 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; 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; appartenente alle forze armate (che non naviga, né vola); Carabiniere, Guardia di Finanza, agente di custodia, Vigile del fuoco ed urbano; addetto alla vigilanza; marittimo o pescatore di mare; tecnico di radiologia, vetraio soffiatore o tagliatore.
2. Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; lavoratore con accesso ad impalcature o tetti; tecnico degli esplosivi; artificiere.
3. Minatore.
4. Chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie esplosive.

Sportivo

1. Nessuna attività sportiva.
2. Calcio, rugby, hockey e ciclismo, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, sci nautico, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, alpinismo di qualsiasi grado (non in solitaria, non su pareti ghiacciate e con esclusione delle spedizioni extra europee); pugilato (non a livello professionale); equitazione; sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee.
3. Attività subacquee con autorespiratore (escluse grotte, relitti ed escursioni in solitaria); vela di altura (senza escursioni transoceaniche, in solitaria o partecipazione a gare).
4. Pugilato a livello professionale.

FAC-SIMILE

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - www.generali.it; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.