© LMD srl - grafica

Raccomandazione personalizzata

Gentile Cliente,

in esecuzione del servizio di consulenza prestato da Genertellife ed in ottemperanza all'art. 59 comma 1 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, La informiamo che, in base ai dati ed alle informazioni da Lei fornitici, il contratto consigliato:

- è coerente con i suoi bisogni assicurativi e le sue esigenze di copertura;
- è stato raccomandato in quanto risponde alle sue richieste di copertura del rischio decesso dell'assicurato con un capitale assicurato costante per tutta la durata della copertura e consente di scegliere una serie di opzioni contrattuali quali il frazionamento mensile o semestrale del premio, di accedere ad un programma che prevede fin da subito un check up medico gratuito e uno sconto variabile del 10% o del 15% del premio in funzione dello stato tabagico dell'assicurato ovvero di ottenere, per il beneficiario che lo richieda, un anticipo del capitale assicurato per far fronte alle prime spese impreviste in caso di decesso dell'assicurato.

La informiamo che le indicazioni di cui sopra non costituiscono il contenuto tecnico della Polizza che resta regolato dalle condizioni di assicurazione.

Le ricordiamo che il Suo consulente è a Sua completa disposizione per ogni necessità di supporto o chiarimento.

FAC SIMILE

Documento aggiornato a luglio 2023

iLove

genertel life

PROFILO CLIENTE N. | MODULO DI PROPOSTA N. | | STIPULATA IL | CONVENZIONE

Contraente persona fisica

COGNOME | NOME | SESSO M F

DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio) | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'art. 1 del D.Lgs. 231/2007.

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:
(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

☐ No ☐ Politico/istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni

COD. PROFESSIONE | PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza) | PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Contraente diverso da persona fisica o Ditta Individuale

DENOMINAZIONE

PARTITA IVA | CODICE FISCALE

FORMA GIURIDICA DELLA SOCIETÀ

Se forma giuridica della Società è ONLUS/NO PROFIT, indicare di seguito la classe di beneficiari a cui è dedicata l'attività dell'azienda:

INDIRIZZO SEDE LEGALE | COMUNE | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO SEDE OPERATIVA | COMUNE | CAP | PROV. | PAESE

IND. DI CORRISPONDENZA (se diverso dal domicilio) | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO E-MAIL

DATA COSTITUZIONE | PROVINCIA DI COSTITUZIONE | ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI | NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE | PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PRIMO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

SECONDO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

TERZO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI | ATECO | SAE

FAC SIMILE

Profilo economico del Contraente

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:

- ☐ Da € 0 a € 20.000,00
- ☐ Da € 20.001,00 a € 50.000,00
- ☐ Da € 50.001,00 a € 100.000,00
- ☐ Da € 100.001,00 a € 250.000,00
- ☐ Da € 250.001,00 a € 500.000,00
- ☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00
- ☐ Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00
- ☐ Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00
- ☐ Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00
- ☐ Oltre € 50.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona fisica):

- ☐ Da € 0 a € 50.000,00
- ☐ Da € 50.001,00 a € 150.000,00
- ☐ Da € 150.001,00 a € 500.000,00
- ☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00
- ☐ Oltre € 1.000.000,00

Patrimonio complessivo in euro (persona diversa da persona fisica):

- ☐ Da € 0 a € 20.000,00
- ☐ Da € 20.001,00 a € 50.000,00
- ☐ Da € 50.001,00 a € 100.000,00
- ☐ Da € 100.001,00 a € 250.000,00
- ☐ Da € 250.001,00 a € 500.000,00
- ☐ Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00
- ☐ Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00
- ☐ Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00
- ☐ Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00
- ☐ Oltre € 50.000.000,00

Risultato economico*: ☐ Utile/Pareggio ☐ Perdita **Numero esercizi in perdita*:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o oltre

* Da compilare con riferimento alla sola persona diversa da persona fisica.

Dati dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. legale rappresentante o procuratore).

COGNOME | NOME | SESSO M F

DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore:

☐ Parentela
☐ Lavoro/affari
☐ Affinità
☐ Coniugio
☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Relazione amicale
☐ Beneficienza/liberalità
☐ Altro (specificare) _____

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore:

☐ Procura/Delega ☐ Delibera assembleare/C.d.A. ☐ Atto costitutivo/ Statuto ☐ Visura camerale

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

COD. PROFESSIONE | PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza) | PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Dati dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

COGNOME | NOME | SESSO M F

DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE | COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

DOMICILIO | PRESSO (facoltativo) | LOCALITÀ | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Rapporto con il Contraente:

- ☐ Parentela
- ☐ Lavoro/affari
- ☐ Affinità
- ☐ Coniugio
- ☐ Convivenza di fatto o unione civile
- ☐ Relazione amicale
- ☐ Beneficienza/liberalità
- ☐ Altro (specificare) _____

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa _____ **Visita medica:** SI NO

Soggetto fumatore: SI NO

Capitale assicurato €

- ☐ Garanzia Extracapitale per decesso da infortunio €
- ☐ Garanzia Extracapitale per decesso da incidente stradale €
- ☐ Garanzia Invalidità Totale Permanente €
- ☐ Garanzia Malattie Gravi €
- ☐ Garanzia Infortunio € (massimale)
- ☐ Garanzia Infortunio con Invalidità ≥ 25% €

Durata copertura cifre _____ lettere _____ La durata pagamento premi coincide con la durata della copertura.

Frazionamento del premio: 01 annuale 02 semestrale 12 mensile

Rata di perfezionamento € **Premio annuo** €

Modalità di pagamento

Premio iniziale:

- ☐ Bonifico bancario
- ☐ Carta di Credito
  (solo in caso di premio annuo pari o inferiore a € 1.000)

Premi successivi:

- ☐ SDD
- ☐ MAV

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario o carta di credito intestati a:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Se il metodo pagamento premi successivi è "SDD":

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

IBAN: _____ Banca: _____

Intestato a: _____ Riferimento del mandato: _____

Azienda creditrice:
Nome/ragione sociale: Genertellife S.p.A.
Codice Fiscale: 00979820321
Codice identificativo: IT030010000000979820321
Indirizzo: via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV), ITALIA

L'intestatario del conto autorizza Genertellife S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertellife S.p.A. L'intestatario del conto 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. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Questionario Sanitario Assicurando (per proposte senza visita medica)

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

a le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;

c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

ALTEZZA _____	PESO _____	Fumi o hai smesso di fumare da meno di 2 anni **SI** **NO**	N° sigarette _____

1. Ti è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente superiore al 10%?	**SI** **NO**
2. Soffri o hai sofferto di qualche malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:	**SI** **NO**
2.1 Soffri o hai mai sofferto di pressione alta e non hai problemi cardiologici?	**NO** **PA ≤ 140/90** **140/90 < PA <160/100** **PA ≥ 160/100**
2.2 Hai o hai avuto valori di colesterolo alto?	**NO** **RAPPORTO < 5** **5 ≤ RAPPORTO < 6** **6 ≤ RAPPORTO < 7** **RAPPORTO ≥ 7**
2.3 Soffri o hai mai sofferto di diabete?	**NO**
Diabete 1 da meno di 10 anni	**SI**
Diabete 1 da più di 10 anni	**SI**
Diabete 2 da meno di 10 anni	**SI**
Diabete 2 da più di 10 anni	**SI**
Gestazionale guarito dopo il parto	**SI**
2.4 Soffri o hai mai sofferto di malattie benigne della tiroide?	**SI** **NO**
2.5 Hai o hai avuto valori di trigliceridi alti?	**NO**
Trigliceridi <200	**SI**
200<= Trigliceridi <300	**SI**
300<= Trigliceridi <400	**SI**
Trigliceridi >=400	**SI**
2.6 Soffri o hai mai sofferto di malattie psichiche e/o malattie psichiatriche (es. ansia, depressione, schizofrenia,...)?	**SI** **NO**
2.7 Soffri o hai mai sofferto di tumore maligno, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, cirrosi epatica, artrite reumatoide, colite ulcerosa, infezione da HIV, infezione da Covid con ospedalizzazione o con sequele, parkinson, alzheimer, sclerosi multipla, epilessia?	**SI** **NO**
2.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie diverse da quelle già riportate?	**SI** **NO**
3. Fai uso abituale di farmaci per malattie? Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata malattia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS, antidolorifici per mal di testa assunti al bisogno Se la risposta è SI:	**SI** **NO**
3.1 Eutirox o equivalenti farmaci per la tiroide, farmaci per pressione, colesterolo, rialzo trigliceridi, diabete	**SI** **NO**
3.2 Farmaci per altre malattie	**SI** **NO**
4. Bevi o bevevi in passato più di 4 bicchieri di alcolici al giorno e/o fai o hai fatto uso di stupefacenti? (vino: 1 bicchiere= 125 ml; birra: 1 bicchiere= 1/2 pinta= 300 ml; superalcolico: 1 bicchierino= 30 ml) Se la risposta è SI:	**SI** **NO**
4.1 In passato alcol e/o stupefacenti	**SI** **NO**
4.2 Oggi alcol e/o stupefacenti	**SI** **NO**
4.3 Oggi o in passato cannabinoidi	**SI** **NO**

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

5. Sei mai stato ricoverato o prevedi ricoveri per interventi? Non occorre dichiarare: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, emorroidectomia, varicocele, deviazione del setto nasale, intervento ai turbinati, parto e/o aborto non collegato a malattia maligna, asportazione cisti benigne, asportazione di polipi benigni, asportazione ernia, laparocele, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee, artroscopie, cataratta, correzione della miopia, estrazioni dentarie, safenectomia, tumori cutanei benigni (nevo benigno, cheratosi, cheratoacantoma, istiocitoma, acantoma), colecistectomia in assenza di neoplasia, calcolosi renali senza complicanze. Se la risposta è SI: **5.1** Ricovero o intervento previsto nei prossimi 3 mesi **5.2** Ricovero o intervento eseguito da più di 3 mesi **5.3** Ricovero o intervento eseguito da meno di 3 mesi	SI NO SI NO SI NO SI NO
6. Hai effettuato o hai in programma di effettuare accertamenti diagnostici come radiografia, risonanza magnetica, tac, ecografia, mammografia, pap-test, coronarografia, angiografia, endoscopia, colonscopia, gastroscopia? NON occorre dichiarare esami dovuti ai ricoveri e interventi chirurgici elencati nellla precedente domanda 5. Se la risposta è SI: **6.1** Eseguiti per normale prevenzione e/o senza riscontro di situazioni di malattia **6.2** Eseguiti per approfondimenti di malattie riscontrate o sospette **6.3** Da eseguire nei prossimi 3 mesi per malattia riscontrata o sospetta malattia	SI NO SI NO SI NO

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE

1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI

_____

_____

_____

2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio

_____

_____

_____

FAC SIMILE

Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando, o Esecutore, dichiarano:

a. che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;

b. che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;

c. che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni contrattuali.

Data e luogo _____ ✗_____ ✗_____

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente (o Esecutore)

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Società. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato, diminuito delle imposte e della parte relativa al rischio corso.

Beneficiari CASO MORTE

M F G*

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO

DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA**

INDIRIZZO SEDE LEGALE | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE

PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE

ENTE REGISTRAZIONE | LUOGO REGISTRAZIONE

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

☐ email_____ ☐ telefono_____

☐ indirizzodicorrispondenza_____

M F G*

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO

DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA**

INDIRIZZO SEDE LEGALE | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE

PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE

ENTE REGISTRAZIONE | LUOGO REGISTRAZIONE

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

☐ email_____ ☐ telefono_____

☐ indirizzodicorrispondenza_____

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE | CODICE FISCALE | % BENEFICIO

M F G*

DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE | COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** | PROVINCIA**

INDIRIZZO SEDE LEGALE | COMUNE SEDE LEGALE | PROVINCIA SEDE LEGALE

PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) | NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE

ENTE REGISTRAZIONE | LUOGO REGISTRAZIONE

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

☐ email _____ ☐ telefono _____

☐ indirizzodicorrispondenza _____

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

Gli eredi legittimi dell'Assicurato;	A ☐	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	G ☐
Il Contraente;	B ☐	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	H ☐
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	C ☐	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	L ☐
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	D ☐		
I figli nati o nascituri dell'Assicurato, con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	E ☐		
I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento tra loro o, se premorti, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato stesso;	F ☐		

* Scelta possibile solo se il Contraente è diverso dall'Assicurato.

FAC SIMILE

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.
In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.
La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

☐ email _____ ☐ telefono _____

☐ indirizzodicorrispondenza _____

NB: l'opzione "Instant Benefit" è attivabile solo nel caso in cui i Beneficiari sopra riportati siano indicati in modo puntuale (cognome, nome, codice fiscale); il Contact Plan verrà attivato solo nel caso in cui siano indicati correttamente i recapiti telefonici/indirizzi di residenza dei Beneficiari. La comunicazione di eventuali variazioni dei recapiti dei Beneficiari è a carico del Contraente.

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

Beneficiario caso vita per le garanzie: Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità (se selezionate in fase di sottoscrizione)

L'Assicurato

Titolare effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)

1° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME | NOME

DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

2° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME | NOME

DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

3° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME | NOME

DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

4° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME | NOME

DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV. | STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni)

Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Proposta (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

☐ Investimento ☐ Risparmio ☐ Protezione

Origine delle somme versate:

☐ Lavoro Dipendente
☐ Lavoro Autonomo
☐ Vincita
☐ Lascito / Eredità / Donazione
☐ Cliente reddituario da precedente occupazione /Pensione
☐ Rendita da immobili
☐ Utile societario / Reddito d'Impresa
☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
☐ Scudo Fiscale / Voluntary Disclosure
☐ Divorzio
☐ Altro(specificare)_____

Paesediprovenienzadellesommeversate:_____

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg: SÌ NO

Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto 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 Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

☐ il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presenta richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di Proposta denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica ad eccezione delle società quotate su un mercato regolamentato e degli uffici di Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all' Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo. informativo.

FAC SIMILE

Dichiarazione resa dall'Esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e successive modifiche e integrazioni, ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta - **preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta** - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

1° Titolare Effettivo

COGNOME | NOME | SESSO (M / F)

COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI RESIDENZA | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI DOMICILIO | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:
01 - Dipendente (ricomprendente dipendenti di coltivatori diretti mezzadri o coloni, operaio, impiegato, funzionario/quadro, insegnante, infermiere, collaboratori, forse dell'ordine, militare/equiparato, altre professioni dipendenti)
02 - Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
03 - Imprenditore (ivi compresi imp industriale ed imp agricolo)
04 - Libero professionista (comprendente medico, notaio, avvocato, perito, architetto/ingegnere, commercialista/consulente contabile, consulente del lavoro)
05 - Lavoratore Autonomo (agente/rappresentante di commercio, artigiano, commerciante)
06 - Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)
08 - Benestante/Possidente
09 - Clero ed altri ministri di culto
10 - Politico
11 - Diplomatico
12 - Magistrato

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %
☐ Controllo con influenza dominante
☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
☐ Fiduciante
☐ Beneficiario individuato
☐ Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

2° Titolare Effettivo

COGNOME | NOME | SESSO (M / F)

COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI RESIDENZA | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI DOMICILIO | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:
01 - Dipendente (ricomprendente dipendenti di coltivatori diretti mezzadri o coloni, operaio, impiegato, funzionario/quadro, insegnante, infermiere, collaboratori, forse dell'ordine, militare/equiparato, altre professioni dipendenti)
02 - Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
03 - Imprenditore (ivi compresi imp industriale ed imp agricolo)
04 - Libero professionista (comprendente medico, notaio, avvocato, perito, architetto/ingegnere, commercialista/consulente contabile, consulente del lavoro)
05 - Lavoratore Autonomo (agente/rappresentante di commercio, artigiano, commerciante)
06 - Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)
08 - Benestante/Possidente
09 - Clero ed altri ministri di culto
10 - Politico
11 - Diplomatico
12 - Magistrato

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %
☐ Controllo con influenza dominante
☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
☐ Fiduciante
☐ Beneficiario individuato
☐ Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

3° Titolare Effettivo

COGNOME | NOME | SESSO (M / F)

COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI RESIDENZA | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI DOMICILIO | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:
01 - Dipendente (ricomprendente dipendenti di coltivatori diretti mezzadri o coloni, operaio, impiegato, funzionario/quadro, insegnante, infermiere, collaboratori, forse dell'ordine, militare/equiparato, altre professioni dipendenti)
02 - Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
03 - Imprenditore (ivi compresi imp industriale ed imp agricolo)
04 - Libero professionista (comprendente medico, notaio, avvocato, perito, architetto/ingegnere, commercialista/consulente contabile, consulente del lavoro)
05 - Lavoratore Autonomo (agente/rappresentante di commercio, artigiano, commerciante)
06 - Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)
08 - Benestante/Possidente
09 - Clero ed altri ministri di culto
10 - Politico
11 - Diplomatico
12 - Magistrato

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %
☐ Controllo con influenza dominante
☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
☐ Fiduciante
☐ Beneficiario individuato
☐ Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

4° Titolare Effettivo

COGNOME | NOME | SESSO (M / F)

COMUNE DI NASCITA | PROV. | PAESE | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE

CITTADINANZA | SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI RESIDENZA | CAP | PROV. | PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO | PRESSO (facoltativo) | COMUNE DI DOMICILIO | CAP | PROV. | PAESE

Tipo di documento: ☐ Carta d'identità ☐ Patente auto ☐ Passaporto

Numero documento | Data rilascio | Data scadenza | Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:
01 - Dipendente (ricomprendente dipendenti di coltivatori diretti mezzadri o coloni, operaio, impiegato, funzionario/quadro, insegnante, infermiere, collaboratori, forse dell'ordine, militare/equiparato, altre professioni dipendenti)
02 - Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
03 - Imprenditore (ivi compresi imp industriale ed imp agricolo)
04 - Libero professionista (comprendente medico, notaio, avvocato, perito, architetto/ingegnere, commercialista/consulente contabile, consulente del lavoro)
05 - Lavoratore Autonomo (agente/rappresentante di commercio, artigiano, commerciante)
06 - Non occupato (disoccupato, casalinga, studente)
08 - Benestante/Possidente
09 - Clero ed altri ministri di culto
10 - Politico
11 - Diplomatico
12 - Magistrato

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %
☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %
☐ Controllo con influenza dominante
☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
☐ Fiduciante
☐ Beneficiario individuato
☐ Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

Dichiarazioni

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il sottoscritto Contraente / Assicurando, o Esecutore (ciascuno per quanto di propria competenza):

- Dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
  - **il set informativo indicato sul frontespizio 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;**
  - il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e 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) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, 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).
- Dichiara di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Genertellife, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze.
- Dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonchè gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e 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, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsente inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiara inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (iLove) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.
- Dichiara di essere a conoscenza del fatto che le analisi del "Care Program" saranno usate esclusivamente ai fini della scontistica. Le analisi non andranno ad integrare le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione e pertanto non saranno in nessun modo prese in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per la valutazione dell'eventuale sinistro.
- È consapevole che la mancata adesione al "Care Program" comporta la perdita del diritto allo sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione.
- Dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

FAC SIMILE

✗_____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

✗_____
Firma Contraente (o Esecutore)

© LMD srl - grafica

Dichiarazione di rifiuto di aderire al "Care Program" alla sottoscrizione

Io sottoscritto Contraente dichiaro di non voler aderire al "Care Program" alla sottoscrizione e sono consapevole che questo mio rifiuto comporta il mancato sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione, così come descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

✗_____
Firma Contraente (o Esecutore)

I miei consensi privacy

Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Genertellife a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

☐ Autorizzo

Consensi commerciali e di profilazione commerciale (facoltativi)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertellife e Genertel;

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo

Firme di sottoscrizione

_____ ✗_____ ✗_____
Data e luogo | Firma Contraente (o Esecutore) | Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

FAC SIMILE

© LMD srl - grafica

pitagora.tv