

## 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 forniti, **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 che decresce nel tempo, fino ad azzerarsi, in modo da adattarsi all'impegno finanziario eventualmente assunto (es. mutuo per l'acquisto di un'abitazione, finanziamento).

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



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

## Controente 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

## Profilo economico del Controente

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:

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

Patrimonio complessivo in euro (persona fisica):

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

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

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

Risultato economico\*:  Utile/Pareggio  PerditaNumero 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	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA			PROV.	PAESE
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA					
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Tipo di documento: 
  Carta d'identità 
  Patente auto 
  Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Rapporto tra il Contraente e l'Esecutore:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> 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)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
TAE	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

## Dati dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

COGNOME		NOME			SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA			SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parentela     | <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile |
| <input type="checkbox"/> Lavoro/affari | <input type="checkbox"/> Relazione amicale                   |
| <input type="checkbox"/> Affinità      | <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità             |
| <input type="checkbox"/> Coniugio      | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____           |

FAC SIMILE

## Caratteristiche contrattuali

Visita medica:  SI  NO

Nome tariffa  (per soggetti fumatori)

Nome tariffa  (per soggetti non fumatori)

Durata contratto  cifre  lettere (minimo 2 anni e massimo 30 anni)

Frazionamento del premio:  annuale  semestrale  mensile

Capitale Assicurato iniziale  Premio annuo

Rata di perfezionamento

## 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 Marocchese 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.

## 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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° sigarette _____
1. Ti è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente superiore al 10%?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Soffri o hai sofferto di qualche malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.1 Soffri o hai mai sofferto di pressione alta e non hai problemi cardiologici?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> PA ≤ 140/90
				<input type="checkbox"/> 140/90 < PA < 160/100
				<input type="checkbox"/> PA ≥ 160/100
2.2 Hai o hai avuto valori di colesterolo alto?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO < 5
				<input type="checkbox"/> 5 ≤ RAPPORTO < 6
				<input type="checkbox"/> 6 ≤ RAPPORTO < 7
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO ≥ 7
2.3 Soffri o hai mai sofferto di diabete?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> NO
2.4 Soffri o hai mai sofferto di malattie benigne della tiroide?				<input type="checkbox"/> SI
2.5 Hai o hai avuto valori di trigliceridi alti?				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.6 Soffri o hai mai sofferto di malattie psichiche e/o malattie psichiatriche (es. ansia, depressione, schizofrenia,...)?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie diverse da quelle già riportate?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.1 Eutirox o equivalenti farmaci per la tiroide, farmaci per pressione, colesterolo, rialzo trigliceridi, diabete				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.2 Farmaci per altre malattie				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.1 In passato alcol e/o stupefacenti				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.2 Oggi alcol e/o stupefacenti				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.3 Oggi o in passato cannabinoidi				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>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.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>5.1 Ricovero o intervento previsto nei prossimi 3 mesi</p> <p>5.2 Ricovero o intervento eseguito da più di 3 mesi</p> <p>5.3 Ricovero o intervento eseguito da meno di 3 mesi</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<p>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 nella precedente domanda 5.</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>6.1 Eseguiti per normale prevenzione e/o senza riscontro di situazioni di malattia</p> <p>6.2 Eseguiti per approfondimenti di malattie riscontrate o sospette</p> <p>6.3 Da eseguire nei prossimi 3 mesi per malattia riscontrata o sospetta malattia</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

<p><b>DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE</b></p>
<p>1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio</p> <hr/> <hr/> <hr/>

## Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando, o Esecutore, dichiarano:

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



## Beneficiari CASO MORTE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/> email		<input type="checkbox"/> telefono	
<input type="checkbox"/> indirizzodicorrispondenza			

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE:			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/> email		<input type="checkbox"/> telefono	
<input type="checkbox"/> indirizzodicorrispondenza			

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

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)	NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ENTE REGISTRAZIONE	LUOGO REGISTRAZIONE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

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

**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.

**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)

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

**2° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV. STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

**3° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV. STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

**4° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV. STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

**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) \_\_\_\_\_

Paese di provenienza delle somme versate: \_\_\_\_\_

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg:  SI  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 presente 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.**

**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 (ricomprensivo 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 (comprensivo 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.

**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 (ricomprensivo 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.

**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 (ricomprensivo 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.

**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 (ricomprensivo 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.



## 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):

- Dichiaro 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).
- Dichiaro 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.
- Dichiaro, 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.
- Proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, 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. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiaro 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. Dichiaro 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.

X

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

X

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

X

\_\_\_\_\_

Firma Contraente (o Esecutore)

X

\_\_\_\_\_

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)