



casomai plus

Contratto di Assicurazione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a capitale e a premio annuo costante

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

life

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Genertellife S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali;
- b) Sede Legale Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA;
- c) Recapito telefonico: 041.5939611;
Sito Internet: www.genertellife.it;
Indirizzo e-mail: genertellife@genertellife.it;
- d) La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n° 1935 del 20.09.2001 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 228 del 01.10.2001) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione italiane al numero 1.00141;

Nell'homepage di www.genertellife.it è possibile consultare eventuali aggiornamenti relativi a questo fascicolo informativo che non dipendano da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto della Società, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 862,3 milioni di cui:

- 168,2 milioni relativi al capitale sociale;
- 694,1 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 190,80%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Durata del presente contratto: minima 2 anni, massima 25 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- **Prestazioni in caso di decesso**
- **Prestazioni in caso di invalidità totale e permanente.**

Si rinvia all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso ed in caso di invalidità prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia agli Articoli 2, 2.1, 3 e 3.1 delle Condizioni di Assicurazione. Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione per i dettagli relativi al periodo di carenza della copertura assicurativa.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

Il premio è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza, alla durata del contratto, all'età dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute ed alle abitudini di vita.

Il presente contratto prevede la corresponsione di premi annui anticipati di importo costante che è dovuta per tutta la durata del contratto e, comunque, non oltre il decesso dell'Assicurato o la data della denuncia di invalidità totale permanente nel caso questa sia riconosciuta.

Il versamento del premio annuo iniziale potrà essere effettuato attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario intestato alla Società oppure
- carta di credito (solo in caso di premio annuo pari o inferiore ad Euro 1.000,00).

Il versamento dei premi successivi, a seconda del frazionamento prescelto, potrà essere effettuato attraverso i mezzi di pagamento indicati nella tabella seguente:

Frazionamento del premio	Mezzi di pagamento
Annuale	<ul style="list-style-type: none">• conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);• bollettino di versamento bancario (MAV).
Semestrale	
Mensile	conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID).

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Non è previsto alcun costo gravante sul premio.

AVVERTENZA: il contratto prevede costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati superiori ad euro 200.000,00 e/o in caso di età superiore a 60 anni e 6 mesi oppure qualora l'Assicurato desideri che non venga applicato al presente contratto un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (art. 5 Condizioni di Assicurazione); il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'Assicurato.

6. Sconti

AVVERTENZA: la Compagnia può applicare sconti sulla base di specifiche iniziative di carattere commerciale.

7. Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al presente contratto.

Detrazione fiscale dei premi

Il premio corrisposto, per un importo massimo annuo di 1.291,14 euro, dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura del 19%.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni; se corrisposte a persone giuridiche costituiscono reddito d'impresa.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'articolo 8 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

AVVERTENZA: in caso di sospensione del pagamento dei premi, dopo trenta giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta, il contratto si scioglie con conseguente perdita dei premi già versati che restano acquisiti alla Società.

Si rinvia agli articoli 12 e 13 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Riscatto e riduzione

Il contratto non riconosce alcun valore di riduzione delle prestazioni e di riscatto.

11. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto.

Per la revoca della proposta deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate.

La revoca ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborsa al Contraente gli importi eventualmente già pagati.

12. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Per il recesso del contratto deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Alla comunicazione di recesso vanno allegati il documento di Polizza e le eventuali Appendici e indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato.

Il recesso ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

13. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

Si rinvia all'articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione relativamente alla documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società.

I termini per il pagamento concessi alla Società, dal ricevimento della documentazione completa utile ai fini della liquidazione, sono pari a 30 giorni.

Si richiama l'attenzione del Contraente in merito al fatto che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi della legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, e ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

16. Reclami

Il reclamo deve essere inoltrato mediante posta, telefax o e-mail all'Ufficio reclami della Compagnia e deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In Genertellife, la funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami è:

Ufficio reclami - Funzione quality.

Le modalità di presentazione dei reclami alla Compagnia ed i relativi recapiti sono i seguenti:

- Posta
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
- Fax
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Numero di fax: 041 5939797
- e-mail
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Indirizzo e-mail: gestionereclami@genertellife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.421331.

In questi casi nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente dichiara la professione svolta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Se la Compagnia comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Compagnia a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

18. Conflitto di interessi

La Compagnia si impegna a:

- evitare, sia nell'offerta che nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Compagnia stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre compagnie del Gruppo;
- garantire che in ogni caso la Compagnia, pur in presenza del conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre compagnie del Gruppo Generali o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

* * *

Il sito www.genertellife.it è certificato Global Trust. Tutti i dati inviati tramite queste pagine sono trasmessi su protocollo https con crittografia SSL che garantisce la cifratura dei dati trasmessi e ricevuti.

Genertellife S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

I rappresentanti legali

Dott. Davide Angelo Passero



Dott. Roberto Martinolli



Documento aggiornato ad ottobre 2013

Condizioni di Assicurazione

Premessa

Il presente contratto è disciplinato:

- dalle presenti Condizioni di Assicurazione;
- da quanto indicato nel Documento di Polizza e nelle eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Parte I - Prestazioni

Art. 1 - Prestazioni assicurate

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita, a seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui, la Società si obbliga a pagare, ai Beneficiari designati dal Contraente:

- in caso di morte dell'Assicurato, entro la scadenza prestabilita, il capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione;
- in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato, entro la scadenza prestabilita ed in base alle modalità indicate all'Articolo 15 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione.

In caso di Invalidità Totale e Permanente, qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di liquidazione del capitale, verrà immediatamente corrisposto l'eventuale capitale residuo. Eseguito il pagamento del capitale assicurato, la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita e non è stata riconosciuta l'Invalidità Totale e Permanente il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

La scadenza del contratto e il capitale assicurato sono indicati nel Documento di Polizza.

Art. 2 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni previste dai successivi Punti 2.1 e dagli Articoli 4 e 5 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art 2.1 - Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Assicurato in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione

totale della copertura per qualsiasi causa;

d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; uso e guida di mezzi subacquei;

f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;

h) attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data di sottoscrizione del Modulo di Proposta o successivamente;

i) infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Inoltre, nel caso in cui il capitale assicurato risulti non inferiore a 1.000.000,00 Euro, è prevista anche la seguente esclusione:

l) incidente di volo, salvo se trattasi di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di un volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. È espressamente escluso il decesso causato da incidente di volo su aerotaxi, elicottero ed ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda sia a titolo oneroso che gratuito, a meno che ciò non sia stato accordato da speciale Appendice alla Polizza.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Art. 3 - Rischio di Invalidità Totale e Permanente

Il rischio di Invalidità Totale e Permanente è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni previste dal successivo punto 3.1 e dagli Articoli 4 e 5 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Si intende divenuto Invalido Totale e Permanente (nel seguito ITP) l'Assicurato in attività lavorativa, che non abbia raggiunto l'età di 65 anni e che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, successivamente alla data di effetto della Polizza, esclusa ogni preesistenza, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente la capacità all'esercizio di qualsiasi professione o mestiere o attività remunerativa, a condizione che il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

Indipendentemente da quanto sopra, l'Assicurato sarà considerato ITP se nell'opinione della Società, dopo considerazione di soddisfacente evidenza medica, ha sofferto di:

- perdita totale e irrecuperabile della vista di entrambi gli occhi; o
- paralisi completa e permanente di entrambe le mani o entrambi i piedi o effettivo distacco di due o più arti al o sopra il polso o la caviglia; o
- perdita totale e irrecuperabile della vista di un occhio e o (i) paralisi completa e permanente di una mano o di un piede o (ii) effettivo distacco di un arto al o sopra il polso o la caviglia.

Art. 3.1 - Esclusioni

Per la copertura assicurativa di Invalidità Totale e Permanente valgono le esclusioni previste per la caso morte come indicato all'Articolo 2.1.

Inoltre non verrà pagato alcun beneficio per la presente assicurazione se l'invalidità è direttamente o indirettamente derivante da o conseguente a:

- autolesione mentre mentalmente sano o insano, tentativo di suicidio, esposizione volontaria al pericolo mentre mentalmente sano o insano, salvo atti commessi per dovere di umanità e solidarietà;
- condizioni o sintomi fisici e mentali preesistenti; qualsiasi malattia diagnosticata prima della stipula del contratto e non dichiarata all'atto di sottoscrizione della Polizza;
- malattie o disordini mentali o psichici, malattie non obiettivamente accertabili.

Art. 3.2 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente

Verificatasi l'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti, deve chiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, unitamente ad un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità, l'Assicurato deve fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenza dell'invalidità.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione - data di denuncia - decorre il periodo di accertamento da parte della Società che, in ogni caso, non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto al Contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di invalidità. Accertato lo stato di invalidità permanente, è facoltà della Società verificare che tale stato di invalidità perduri fino al completamento del pagamento della prestazione assicurativa, come definito all'Art. 15.

Si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di invalidità con medici di sua fiducia. L'eventuale stato di invalidità dovrà essere accertato in Italia o in altro Paese di gradimento per la Società; l'eventuale trasferimento dell'Assicurato al luogo dell'accertamento è a carico dell'interessato.

A partire dalla data di denuncia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi. In caso di mancato riconoscimento è riattivato il piano dei versamenti e il Contraente, informato tramite apposita comunicazione della Società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

Art. 3.3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

In caso di cambiamento di professione dell'Assicurato, il Contraente dovrà darne immediata comunicazione scritta, pena la possibile perdita di ogni diritto derivante dal contratto assicurativo. Risulta infatti che, se la nuova professione comporta un aggravamento del rischio, la Società può cancellare il contratto o condizionare la sua continuazione al pagamento di un sovrappremio.

Art. 5 - Carenze

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, viene applicato un periodo di carenza di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione durante il quale la Società si impegna a corrispondere il capitale assicurato solo nel caso in cui l'evento assicurato avvenga per conseguenza diretta:

- di infortunio, esclusa ogni concausa, avvenuto dopo la data di decorrenza, ove per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della morte (salvo quanto precedentemente disposto);
- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinica generalizzata, encefalite post vaccinica e shock anafilattico (malattia non infettiva).

Il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora l'evento assicurato sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto periodo di carenza viene esteso a sette anni.

Per capitali assicurati superiori ad 750.000,00 Euro è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

Per agevolare l'attività di compilazione del Modulo di Proposta si precisa che:

a) sono considerate professioni non pericolose le seguenti:

Titolare o dirigente di azienda con mansioni di ufficio; commerciante o negoziante; appartenente alle forze armate o alle Forze dell'Ordine con sole mansioni di ufficio che non naviga e non vola; albergatore, operatore turistico con mansioni di ufficio; pensionato, studente, casalinga, insegnante, ministro del culto non missionario, impiegato; radiologo o tecnico di radiologia nella Sanità; medico nella Sanità non su mezzi di pronto intervento, odontoiatra; psicologo; farmacista, farmacologo; architetto; attuario, avvocato, commercialista, notaio; consulente finanziario; agente di commercio; geometra (solo edilizia e cantieristica navale), ingegnere (solo edile, cantieristica navale, telecomunicazioni, elettronico, meccanico), giornalista/reporter; biologo, fisico, astronomo, matematico; agricoltore senza utilizzo di macchine agricole; artigiano o operaio senza uso di macchine e senza accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere; autista di veicolo con peso a pieno carico non superiore ai 35 q.li e che non trasporta materiale infiammabile; fabbro, falegname; lavoratore edile con qualifica di sorvegliante, capomastro, capo operaio; chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive o venefiche.

b) Sono considerate attività sportive non pericolose (tutti a livello non professionistico) le seguenti:

Trekking/escursioni in montagna escluso alpinismo, scherma, atletica leggera, ginnastica artistica, jogging, arti marziali, lotta, nuoto in piscina e acque costiere, tuffi dal trampolino, snorkeling senza autorespiratore, surf, windsurf, canoa e kayak e canottaggio non sulle rapide; sci d'acqua senza partecipazione a gare, moto d'acqua senza partecipazione a gare; bocce, bowling, pesca, ciclismo e mountainbike, biliardo, calcio, calcetto, cricket, baseball, rugby, pallacanestro, palla a mano, pallavolo, beach volley, golf, hockey, pattinaggio, sci escluso fuori pista, snowboarding, tiro con l'arco, squash, tennis, volano, tennis da tavolo, vela non trans-oceanica, caccia (non safari).

c) Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica:

vino	1 bicchiere	125 ml
birra a gradazione normale	1/2 pinta	300 ml
superalcolico	1 bicchierino	30 ml.

Art. 6 - Beneficiari

La designazione dei Beneficiari, fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del modulo di Proposta e riportata sul Documento di Polizza, può essere in qualsiasi momento modificata mediante comunicazione scritta del Contraente stesso alla Compagnia oppure mediante disposizione testamentaria.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi uno degli eventi previsti all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 del codice civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica dei premi e delle prestazioni assicurate.

Parte II - Conclusione del contratto

Art. 8 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si ritiene concluso il giorno del pagamento del premio iniziale da parte del Contraente.

L'assicurazione entra in vigore, previo pagamento del premio iniziale, alle ore 24 della data di decorrenza del contratto, indicata nel Documento di Polizza, che viene definita nei seguenti modi:

1. in funzione del mezzo di pagamento scelto dal Contraente:

- in caso di versamento tramite bonifico bancario, la data di decorrenza corrisponde al giorno di valuta riconosciuto alla Compagnia;
- in caso di versamento tramite carta di credito, la data di decorrenza corrisponde al giorno in cui viene effettuato il pagamento;

oppure

2. per volontà delle Parti.

Art. 9 - Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso va inviata alla Direzione della Compagnia in Mogliano Veneto (TV) a mezzo lettera raccomandata.

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.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso.

Art. 10 - Durata del contratto

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal Contraente.

Parte III - Premi

Art. 11 - Versamento dei premi

L'assicurazione viene prestata dietro il versamento di un premio annuo costante, indicato nel suo ammontare iniziale nel Documento di Polizza.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del contratto e per la durata stabilita, oppure fino alla morte/invalidità totale e permanente dell'Assicurato qualora questa avvenga prima del termine di tale durata.

Il versamento del premio annuo iniziale potrà essere effettuato attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario intestato alla Società oppure
- carta di credito (solo in caso di premio annuo pari o inferiore ad Euro 1.000,00).

Il versamento dei premi successivi, a seconda del frazionamento prescelto, potrà essere effettuato attraverso i mezzi di pagamento indicati nella tabella seguente:

Frazionamento del premio	Mezzi di pagamento
Annuale	<ul style="list-style-type: none">• conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);• bollettino di versamento bancario (MAV).
Semestrale	
Mensile	conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID).

Nel caso di estinzione del conto corrente bancario, è possibile, previa comunicazione scritta alla Compagnia, concordare con la stessa una diversa modalità di versamento del premio.

Art. 12 - Mancato versamento dei premi: risoluzione

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Compagnia.

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

Art. 13 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione

Il contratto risolto per mancato versamento dei premi, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata, può essere riattivato entro un anno da tale data.

Qualora, però, siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione viene concessa dietro versamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati sulla base del periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

Parte IV - Vicende contrattuali

Art. 14 - Pegno e vincolo

Il Contraente può dare in pegno il contratto o vincolare le prestazioni. Tali atti diventano efficaci nei confronti della Compagnia solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione su apposita appendice.

Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Parte V - Pagamenti della Compagnia

Art. 15 - Pagamenti della Compagnia

Per tutti i pagamenti della Compagnia deve essere consegnato il **Documento di Polizza** e le **eventuali Appendici**, oppure l'apposita dichiarazione di smarrimento e, se del caso, i documenti necessari ad individuare gli aventi diritto.

Ad ogni richiesta devono essere allegate le **coordinate bancarie (codice IBAN)** su cui effettuare il bonifico.

Oltre alla documentazione di cui sopra, si riporta di seguito l'ulteriore documentazione necessaria nei singoli casi di liquidazione:

1) Decesso dell'Assicurato

Sono necessari, in originale o in copia conforme all'originale:

- il certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da produrre presso il Comune di residenza del *de cuius*, qualora i beneficiari caso morte indicati nel documento di polizza non siano identificabili da parte della Società e/o qualora Contraente e Assicurato coincidano, in modo che dall'atto di notorietà risulti se il Contraente abbia lasciato testamento o meno;
 - in presenza di testamento deve essere allegata una copia autenticata dell'ultimo testamento ritenuto valido e non impugnato, per semplice visione;
- indicazione della causa del decesso dell'Assicurato, allegando:
 - in caso di decesso per cause naturali, "relazione del medico" redatta, su apposito modello predisposto dalla Compagnia, dal medico curante dell'Assicurato, nella forma più dettagliata ed esauriente possibile, a spese degli interessati;
 - in caso di decesso per evento accidentale, copia del verbale dell'Autorità che ha effettuato la perizia dell'eventuale incidente.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti a favore dei Beneficiari gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

2) Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato

Qualora si verifichi l'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato, il pagamento della prestazione è subordinato all'invio della seguente ulteriore documentazione, in originale o in copia conforme all'originale:

- un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità, unitamente a tutta la documentazione medica relativa.

In caso di invalidità dell'Assicurato l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento è determinata con i criteri e le modalità previste all'Art. 3.2.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

In caso di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato, poiché il pagamento della prestazione è subordinato alla persistenza dell'invalidità, la liquidazione della prestazione sarà frazionata secondo le seguenti modalità:

- 10% della prestazione al termine del periodo di accertamento (si veda Art. 3.2);
- 10% della prestazione dopo un anno se perdura lo stato di invalidità;
- 80% della prestazione dopo due anni se perdura lo stato di invalidità.

I suddetti importi debbono intendersi maggiorati degli interessi moratori a decorrere dal trentesimo giorno successivo ai singoli momenti prestabiliti.

Successivamente al pagamento di una parte del capitale, qualora lo stato di invalidità totale come definito all'art. 3 non perduri, la Società interrompe la liquidazione del capitale residuo dandone comunicazione scritta al Contraente. Il Contraente può ripristinare, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, la copertura assicurativa per la prestazione residua, versando tutte le rate di premio non corrisposte senza interessi; decorso tale termine, il contratto si risolve definitivamente e non è più ripristinabile.

Le rate di premio non corrisposte e i premi successivi verranno riproporzionati moltiplicando il premio di sottoscrizione per il rapporto fra il nuovo capitale assicurato ed il capitale iniziale.

3) Recesso

La comunicazione di recesso deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata alla direzione della Compagnia.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti a favore dei Beneficiari gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

Per casi particolari la Società può richiedere agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

NOTA BENE

- a) La presenza di uno o più Beneficiari minorenni o incapaci, implica per il Contraente l'obbligo di fornire alla Compagnia la dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata ad incassare l'importo di pertinenza.
- b) Nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dal Contraente e dall'Assicurato questi dovrà sottoscrivere ed inviare alla Compagnia l'apposito modulo "trattamento dati personali comuni e sensibili (privacy)".

Ogni pagamento viene effettuato dalla Direzione della Compagnia.

Art. 16 - Imposte e tasse

Imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 17 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Glossario

A Anno, annualità, annuale, annuo

Periodo di tempo pari a 365 o 366 giorni a seconda dell'anno di calendario a cui si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest'ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la Società ed il Contraente oppure dovuti per Legge.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

B Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata nel documento di polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

C Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario designato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato e con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o Spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

D Data di decorrenza del contratto

Data di entrata in vigore del contratto riportato nel documento di polizza.

Diritto proprio del Beneficiario

Diritto del Beneficiario alle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Documento di Polizza

Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è in vigore.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

E Estensione Territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

F Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di Proposta.

I Impignorabilità e Insequestrabilità

Principio secondo cui le somme assicurate non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

ISVAP

Si veda alla voce "IVASS".

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (succeduto, dal 1° gennaio 2013, in tutti i poteri, funzioni e competenze ad ISVAP) che opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

L Liti transfrontaliere

Controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Mese, mensilità, mensile

Periodo di tempo pari a 30 o 31 o 28 o 29 giorni a seconda del mese di calendario a cui si riferisce; in ogni caso

M e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Modulo di Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione prescelto.

Nota Informativa

N Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Pegno e vincolo

P Condizioni in base alle quali il Contraente ha la facoltà di dare in pegno il contratto o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Piano programmato dei versamenti

È l'insieme dei premi annui, anche frazionati nell'anno, pagabili per la durata del pagamento premi prevista dal contratto.

Premio

Importo che il Contraente versa alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.

R Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

S Sinistro

Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società (di Assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Documento aggiornato a maggio 2013



genertellife spa - sede legale e direzione generale: via ferretto, 1 - 31021 mogliano veneto (tv) - tel. 041.5939701
capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'albo imprese ivass n. 1.00141 - codice fiscale e registro imprese treviso 00979820321
partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 mogliano veneto (tv) p.t. - società unipersonale appartenente al gruppo generali, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al numero 026 e soggetta alla direzione ed al coordinamento di assicurazioni generali spa - genertellife@genertellife.it - www.genertellife.it



MODULO DI PROPOSTA N.

STIPULATA IL

Contraente

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITÀ

CAP

PROV

Assicurando (quando diverso dal Contraente)

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente

Tipo documento 01 Carta d'identità 02 Patente auto 03 Passaporto 04 Porto d'armi

Numero documento

Data rilascio Valido fino al Autorità e località rilascio CAB Sottogruppo attività Tab. 1 Gruppo attività Tab. 2

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa V5I WEB

Assicurazione complementare ACMA-IS

Durata contratto cifre lettere (minimo 2 anni e massimo 25 anni)

Frazionamento del premio: 01 annuale 02 semestrale 04 trimestrale 12 mensile

Capitale Assicurato € Premio annuo €

Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie €

Rata di perfezionamento €

Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie €

Modalità di pagamento

Premio iniziale:

Bonifico bancario

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

Premi successivi:

RID

MAV

Questionario Sanitario Assicurando

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

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

1 Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di compilazione del presente Questionario sanitario e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente. SI NO

Numero di sigarette fumate:

2 I miei valori somatici sono: altezza cm _____
 peso Kg _____

3 Dichiaro di non soffrire attualmente, e di non aver sofferto in passato, di qualche malattia fisica o psichica o invalidità da cui non sia guarito completamente. SI NO

4 Dichiaro che la mia pressione arteriosa è abitualmente nella norma (inferiore a 140/90 mmHg) e che non mi sono mai stati prescritti farmaci per questa patologia. SI NO

5 Dichiaro che il mio peso non ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni. SI NO

6 Dichiaro di non soffrire e di non aver sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV. SI NO

7 Dichiaro di non essermi mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di malattia. Sono esclusi dalla dichiarazione di anomalie conseguenza di condizioni fisiologiche (ad es. lieve anemia correlata al ciclo mestruale) o condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (come stati infettivi o infiammatori semplici). SI NO

8 Dichiaro di non fare uso abituale di farmaci e di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti. SI NO

Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di tranquillanti (solo se utilizzati per favorire il sonno), antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici.

9 Dichiaro inoltre di non abusare, e di non aver mai fatto abuso in passato, di alcol. SI NO

Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica:

vino	1 bicchiere	125 ml
birra a gradazione normale	1/2 pinta	300 ml
superalcolico	1 bicchierino	30 ml

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 già pagate dal Contraente, diminuite della parte relativa al rischio corso, 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. Alla comunicazione del recesso deve essere allegato, se già pervenuto, il documento di Polizza e le eventuali Appendici. 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 della parte relativa al rischio corso.

Beneficiari CASO MORTE

Gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> A
Il Contraente;	<input type="checkbox"/> B
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	<input type="checkbox"/> C
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> D
I figli nati e nati dell'Assicurato, con diritto di accrescimento fra di loro;	<input type="checkbox"/> E
I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento fra di loro o, se premorti, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	<input type="checkbox"/> F

Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	<input type="checkbox"/> G
Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> H
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

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

Altro/i Beneficiario/i (indicare cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale)

Dichiarazione del Contraente

- 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.
- 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, 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.

Firma Contraente

- Dichiaro inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (tariffe V5I WEB) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.

Firma Contraente

- **Dichiaro di aver ricevuto i singoli documenti (Nota Informativa - Condizioni di assicurazione - Glossario Modulo di proposta) contenuti nel Fascicolo Informativo.**

Firma Contraente

Firme di sottoscrizione

_____ _____
Data e luogo Firma Contraente

_____ _____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

Informazione sui soggetti da tutelare

Lei ha carichi familiari o altri soggetti da dover tutelare? SI NO

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

La sottoscritta Società dichiara di avere informato il Cliente dei principali motivi, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati:

Le informazioni sulle persone da tutelare non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto.

FAC-SIMILE

GENERELLIFE S.p.A.

Firma del Cliente

**Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste**

Io sottoscritto Cliente dichiaro di non voler rispondere alla domanda riportata nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Data e luogo

Firma del Cliente

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Sulla base dell' **Informativa di seguito riportata, Acconsento** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell' informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l' utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata **Informativa, Acconsento** al trattamento dei miei dati comuni effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell' informativa stessa e al trattamento da parte di questi ultimi per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della Società, anche mediante l' utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata **Informativa, Acconsento** alla comunicazione ed al trattamento dei miei dati comuni da parte di **Società del Gruppo Generali** per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi, anche mediante l' utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Data e luogo _____

Informativa ai sensi dell' articolo 13 del D.Lgs 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società tratterà i Suoi dati personali con le modalità e procedure, effettuate anche con l' ausilio di strumenti elettronici, strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi da Lei richiesti nonché le comunicazioni e le informazioni a quest' ultimi connesse. Inoltre, solo con il Suo consenso, tali dati saranno trattati per finalità di promozione commerciale e di ricerche di mercato, volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere nuovi servizi e prodotti della Società o del Gruppo Generali. Senza i Suoi dati, indicati come obbligatori, non potremo fornirLe i servizi richiesti. I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati per il perseguimento delle finalità sopraindicate; per taluni servizi utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa ed operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti*. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. I dati personali raccolti per formulare la proposta assicurativa saranno conservati per 12 mesi dalla data di decorrenza inserita, Lei ha diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Titolare del trattamento è Genertellife S.p.A. che si avvale di Responsabili; Responsabile designato al riscontro all' interessato in caso di esercizio dei i diritti di cui all' art. 7 del D. Lgs. 196/03 è il Servizio Privacy.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al seguente indirizzo:

Servizio Privacy - Genertellife S.p.A.

Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto - TV - tel. 041.5939704 - fax 041.5939795

Il sito **www.genertellife.it** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della nostra Società, tra cui l' elenco aggiornato dei Responsabili e dei Titolari.

* Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": Banche, Sim ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori, riassicuratori; legali, strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell' industria assicurativa, nonché organismi istituzionali tra cui IVASS, Banca d' Italia-Uif, Ministero delle Attività Produttive, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Documento aggiornato ad ottobre 2013