

PROFILO CLIENTE N.

MODULO DI PROPOSTA N.

STIPULATA IL

### Contraente

COGNOME

NOME  SESSO  M  F

DATA DI NASCITA  CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA  PROV.  PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITÀ  CAP  PROV.  PAESE

Il Domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

### 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  Gruppo attività  Tab. 1  Tab. 2

### Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa  V5D WEB (per soggetti fumatori)

Nome tariffa  V5D NF WEB (per soggetti non fumatori)

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

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

Capitale Assicurato iniziale €  Premio annuo €

Rata di perfezionamento €

### Altre informazioni sul Contraente

#### 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.

**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.**

**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

**Questionario Sanitario Assicurando**
**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.**

- 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.  
 Numero di sigarette fumate: \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- 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 conseguenze 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  |

**Dichiarazione di non fumatore**
**I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano:**

- a.** che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b.** che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c.** che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

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

 Data e luogo \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **X**  
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente

**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 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 sessanta 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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

	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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

	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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

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

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

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

\* 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

indirizzo di corrispondenza

## 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 (ciascuno per quanto di propria competenza):

- **Dichiara di aver ricevuto il set informativo che si compone del Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) e del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi, delle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e del fac-simile del Modulo di Proposta.**
- Dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonchè gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsente inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiara di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, sono necessari per la valutazione di coerenza della presente Proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative da me manifestate.
- Dichiara di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza resomi, in merito al fatto che il prodotto propostomi mi viene raccomandato, sulla base delle informazioni rese alla Compagnia, in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura da me indicati.
- Dichiara di aver ricevuto il modulo conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS 40/2018, relativo alle informazioni da rendere al Contraente, nei casi previsti dalla normativa vigente, prima della conclusione del contratto.
- Dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. 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.

\_\_\_\_\_  
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_  
Firma Contraente

## I miei consensi privacy

### Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'Informativa, proseguendo, AUTORIZZO Genertel/life 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.

### 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 Genertel/life e Genertel;

Acconsento       Non acconsento

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.

Acconsento       Non acconsento

## Firme di sottoscrizione

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Data e luogo                      Firma Contraente                      Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Documento aggiornato a gennaio 2019

