

**Modulo di adesione a Pensionline - Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5077**

ATTENZIONE: L'adesione a PENSIONLINE - PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Informazioni chiave per l'Aderente" della Nota Informativa e l'Appendice "Informativa sulla sostenibilità". La Nota Informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.generatellife.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

MODULO DI ADESIONE N.

PROFILO CLIENTE N.

Questionario di Autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

IN CASO DI ADESIONE DI UN MINORE IL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE NON DEVE ESSERE COMPILATO.

Conoscenze in materia di previdenza

1. Conoscenza dei fondi pensione:

- Ne so poco
- Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
- Ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni.

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione:

- Non ne sono al corrente
- So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione? _____ anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- SI NO

6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'Aderente' della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- SI NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR):

- Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
- Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
- Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
- Non so / Non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- 2 anni (punteggio 1)
- 5 anni (punteggio 2)
- 7 anni (punteggio 3)
- 10 anni (punteggio 4)
- 20 anni (punteggio 5)
- Oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

punteggio ottenuto _____

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	- garantito - obbligazionario puro - obbligazionario misto	- obbligazionario misto - bilanciato	- bilanciato - azionario

La scelta di un percorso life-cycle (o comparto data target) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal questionario di autovalutazione.

In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del questionario non risulta possibile: l'Aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Dichiarazioni sul Questionario di autovalutazione

IN CASO DI ADESIONE DI UN MINORE LE DICHIARAZIONI SUL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE NON DEVONO ESSERE SOTTOSCRITTE.

- L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Data e luogo

X

Firma dell'Aderente

- L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento

Data e luogo

X

Firma dell'Aderente

Aderente

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>	COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>
		PROV. NAZIONE <input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA <input type="text"/>	COMUNE <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
		PROV. NAZIONE <input type="text"/>
PRESSO <input type="text"/>		
RECAPITO TELEFONICO <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) <input type="text"/>	COMUNE <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
		PROV. NAZIONE <input type="text"/>
PRESSO <input type="text"/>	DATA DI PRIMA ISCRIZIONE AL REGIME OBBLIGATORIO <input type="text"/>	
NAZIONE DI CITTADINANZA <input type="text"/>	NAZIONE DI SECONDA CITTADINANZA <input type="text"/>	
PROFESSIONE AI FINI ANTIRICICLAGGIO <input type="text"/>	PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO) <input type="text"/>	
TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA <input type="text"/>		
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE <input type="text"/>	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE <input type="text"/>	
FASCIA DI REDDITO <input type="text"/>	PATRIMONIO COMPLESSIVO <input type="text"/>	

L'Aderente dichiara di essere P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SÌ NO

L'Aderente dichiara di ricoprire cariche pubbliche diverse da P.E.P.: _____
(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

Titolare Effettivo del rapporto continuativo

È Titolare Effettivo la persona o le persone fisiche per conto delle quali il cliente realizza un'operazione o instaura un rapporto continuativo.

A questo proposito, il sottoscritto Aderente **dichiara di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo** del rapporto continuativo instaurato con il presente Modulo di adesione.

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

Doti Aderente per fini statistici COVIP

Titolo di studio (dato obbligatorio)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Diploma media superiore |
| <input type="checkbox"/> Licenza elementare | <input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale |
| <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore | <input type="checkbox"/> Laurea/laurea magistrale |
| <input type="checkbox"/> Diploma professionale | <input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea |

Condizione professionale (dato obbligatorio)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente del settore privato |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente del settore pubblico |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo e libero professionista |
| <input type="checkbox"/> Altro iscritto diverso da quelli precedenti |

Data di iscrizione alla previdenza complementare*

Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione

V N

Professione

N.B. si intende vecchio iscritto il soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il soggetto che ha aderito a Fondi pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

* Data di prima iscrizione ad una delle forme di previdenza complementare previste dalla normativa vigente.

Estremi del documento dell'Aderente

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENTE DI RILASCIO	LOCALITÀ DI RILASCIO	PROV	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

© LMD srl - grafica

Dati dell'Esecutore per conto dell'Aderente

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZIONE DI CITTADINANZA	NAZIONE DI SECONDA CITTADINANZA	PROV NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Documento identificativo:

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENTE DI RILASCIO	LOCALITÀ DI RILASCIO	PROV	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Attività lavorativa:

PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA	
<input type="text"/>	
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Altre informazioni:P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NORicopre cariche pubbliche diverse da P.E.P.: _____
(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

RAPPORTO CON L'ADERENTE	DOCUMENTO ATTESTANTE I POTERI DI RAPPRESENTANZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Età di accesso alle prestazioni pensionisticheIndicare la presunta età di accesso alla prestazione **Dati contributivi dell'Aderente**Contribuzione annuale di € oppure mensile di €

Contribuzione attraverso il datore di lavoro

- T.F.R.
 Contributo da trattenuta sullo stipendio
 Contributo datore di lavoro

DENOMINAZIONE DELL'AZIENDA		PARTITA IVA / CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
INDIRIZZO SEDE LEGALE	COMUNE	CAP	PROV	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE)	COMUNE	CAP	PROV	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Altra Forma Pensionistica Complementare a cui si è già aderito

L'Aderente è titolare di una posizione presso altra forma pensionistica? SÌ NO

DENOMINAZIONE ALTRA FORMA PENSIONISTICA	N. ALBO COVIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scheda "I costi" della Forma Pensionistica a cui si è già aderito

consegnata

non consegnata*

* Non è prevista la consegna della Scheda "I costi" solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.

Adesione tramite trasferimento da altra forma pensionistica

DENOMINAZIONE FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE		CONTRATTO NUMERO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
SOGGETTO ISTITUTORE/FONDO PENSIONE		PARTITA IVA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
INDIRIZZO SEDE	COMUNE	CAP	PROV	NAZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Investimento

- Gestione Speciale "Previdenza Concreta" %
 - Fondo Interno "LVA Azionario Previdenza" %

oppure

- Programma automatico Life Cycle

Beneficiari in caso di decesso dell'Aderente

		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		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)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	RAPPORTO CON L'ADERENTE
		<input type="text"/>		

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"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PAESE SEDE LEGALE		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)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	RAPPORTO CON L'ADERENTE
		<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"/> indirizzo di corrispondenza _____				

* 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		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)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	RAPPORTO CON L'ADERENTE
		<input type="text"/>		

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

ATTENZIONE: la designazione non nominativa può rendere in alcuni casi difficile identificare e rintracciare i Beneficiari.

Referente terzo a cui l'Impresa può far riferimento in caso di decesso dell'Aderente:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

email _____ telefono _____

indirizzo di corrispondenza _____

Salvo diversa indicazione da parte dell'Aderente, il capitale liquidabile in caso di morte dell'Aderente verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

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 L'ADERENTE

2° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON L'ADERENTE

3° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON L'ADERENTE

4° TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

PROV.

STATO

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

RAPPORTO CON L'ADERENTE

Modalità di pagamento

Contribuzione iniziale:

- Bonifico bancario
 Carta di credito

In caso di terzo pagatore, la contribuzione iniziale potrà essere corrisposta attraverso Bonifico Bancario o carta di credito intestati a:

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

RAPPORTO CON L'ADERENTE

Contribuzioni successive:

- Bonifico bancario
 Carta di credito
 SDD

Condizioni di valuta

Mezzo di pagamento	Data di valuta
Bonifico bancario	La data riconosciuta dalla Banca Ordinante a Banca Generali S.p.A.
Addebito diretto S.D.D. (SEPA Direct Debit)	La data riconosciuta dalla Banca Ordinante a Banca Generali S.p.A.
Carta di credito	2 giorni lavorativi decorrenti dalla data di versamento
Bollettino MAV	La data riconosciuta dalla Banca Ordinante a Banca Generali S.p.A.

Revoca dell'Adesione

La presente Adesione può essere revocata, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la Sede di Genertellife S.p.A. La comunicazione di revoca deve indicare il numero dell'Adesione sottoscritta. I contributi eventualmente versati saranno restituiti entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Dichiarazioni dell'Aderente o suo Esecutore

L'Aderente, o suo Esecutore, dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'Aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento, le Condizioni Generali di Contratto di pensionline e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.genertellife.it;
- di avere preso visione della Scheda "I costi" della forma pensionistica di appartenenza, parte integrante del presente Modulo di adesione (**solo per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda "I costi"**);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'Aderente' della Nota informativa e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda 'I costi' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'Aderente' della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'Aderente' della Nota informativa redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.genertellife.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.
- di avere preso visione del "Questionario di autovalutazione" (tranne in caso di adesione di un minore);
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti;
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che:
 - il prodotto è coerente con i propri bisogni e le proprie esigenze di copertura e che lo stesso è adeguato alle proprie caratteristiche;
 - il prodotto potrebbe non soddisfare le proprie preferenze di sostenibilità eventualmente espresse, ma, nel caso, dichiara di voler procedere comunque alla sottoscrizione del contratto oggetto della presente dichiarazione per le motivazioni addotte in fase di consulenza.
- di aver ricevuto 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);
- sotto la propria responsabilità è consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi del presente Modulo di Adesione corrisponde al vero. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e mi impegno a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale, la Società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'Aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

L'Aderente può esercitare il diritto di recesso entro il termine di trenta giorni dalla conclusione del contratto inviando una comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata indirizzata a: Genertellife S.p.A. - via Marocchese, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV) indicando le coordinate bancarie (codice IBAN). Il recesso ha l'effetto di liberare l'Aderente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società restituisce gli eventuali contributi versati a mezzo bonifico.

Data e luogo

X

Firma dell'Aderente (leggibile) (o di chi ne esercita la potestà genitoriale)

Dichiarazione U.S. Person e CRS

F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione riportate nel presente Modulo di Adesione. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

Dichiarazione U.S. Person dell'Aderente:

Il sottoscritto, in qualità di Aderente, dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega appositamente "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Firma dell'Aderente (o suo Esecutore)

CRS (Common Reporting Standard)

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dall'Aderente, riportate nel presente Modulo di Adesione. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Dichiarazione CRS dell'Aderente: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Firma dell'Aderente (o suo Esecutore)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali ⁽¹⁾, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertellife S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza ⁽²⁾;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); ⁽²⁾
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati; ⁽²⁾
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative ⁽²⁾;
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione e a monitorare e poter dimostrare la certezza delle prestazioni e la qualità dei servizi erogati. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante l'audio/videoconferenza ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) 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 e Genertellife;
- 2) 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.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertellife S.p.A., Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto; e-mail: privacy@genertellife.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a RPD.it@generaliali.com e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE ⁽³⁾.

Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa ⁽⁴⁾ alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.genertellife.it.

Il sito www.genertellife.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della Compagnia, tra cui la policy sull'utilizzo dei cookie di profilazione, impiegati per migliorare l'esperienza di navigazione sul sito e sull'app e per promuovere prodotti e servizi. Accettando la cookie policy presente nel banner, Lei autorizza Genertellife all'uso dei cookie e al loro trasferimento ai nostri partner di tracking on line, che per la Compagnia eseguono i seguenti trattamenti:

- tracciano le visite al sito e all'app dalle differenti fonti per controllarne il corretto funzionamento (per es. dove si interrompe il processo di preventivazione) e per finalità statistiche (le pagine più viste, i device più utilizzati, ecc), per servizi pubblicitari e di profilazione;
- supportano l'attività di accertamento della responsabilità in caso di eventuali illeciti, in particolare di natura informatica, ai danni del sito, dell'app o dei clienti della Compagnia;
- personalizzano i contenuti del sito web e dell'app in funzione della navigazione dell'utente e del suo comportamento.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, 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. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi / consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I miei consensi privacy

Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'**Informativa**, proseguendo, 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.

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

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA - S.D.D.

Riferimento del mandato (Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore)

										Numero Proposta / Polizza					
7	6	5	2	3	4	0	0	0	0						

BANCA DEL DEBITORE	
Banca	_____
Agenzia	_____

Dati del creditore

Nome/ragione sociale: Genertellife S.p.A. - Codice Fiscale 00979820321

Codice identificativo: IT030010000000979820321

Indirizzo: via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV), ITALIA

Dati del debitore - Aderente

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Via e numero civico _____ CAP _____

Località _____ Provincia _____ Paese _____

Conto di addebito IBAN																				
Cod. Paese	CIN IBAN	Cin	ABI					CAB					Numero Conto Corrente							

Tipo pagamento: ricorrente

Dati aggiuntivi (da compilarsi solo in caso di debitore diverso dall'Aderente)

Nominativo dell'Aderente:

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Documento identificativo dell'intestatario del conto corrente:

<input type="checkbox"/> Carta d'identità	Numero documento	_____
<input type="checkbox"/> Patente	Data rilascio	_____
<input type="checkbox"/> Passaporto	Data fine validità	_____
<input type="checkbox"/> Altro _____		

Autorità e località di rilascio _____

Conferimento (barrare la casella per conferire il mandato)

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Genertellife S.p.A. a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertellife S.p.A. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel 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.

 Revoca (barrare la casella per conferire il mandato)

Il debitore revoca il mandato per addebito diretto SEPA in oggetto, a Voi conferito e relativo agli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dall'Azienda o aggiornate d'iniziativa dall'Azienda.

Luogo e data

Firma del debitore

Firma dell'Aderente (in caso di debitore diverso dall'Aderente)

Note:

- 1) I documenti di debito (fattura, ricevute, bollette etc.) che danno luogo agli ordini di incasso elettronici (nonché le eventuali proroghe di scadenza) verranno inviati direttamente dall'Azienda al debitore.
- 2) Il sottoscrittore del modulo deve essere sempre persona fisica. Nel caso di c/c intestato a persona giuridica, coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica, coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (Tv) - Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro Imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - 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 S.p.A. - genertellife@pec.genertellife.it - www.genertellife.it