



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.

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

 SÌ

 NO

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

Ricopre o ha ricoperto cariche in ambito: politico/istituzionale societario associazioni fondazioni

Se Sì, indicare il Paese in cui l'Ente ha sede legale _____

Professione: _____

Attività economica: _____

Assicurando (quando diverso dal Contraente)

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

Dati dell'eventuale Esecutore per conto del 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

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

 SÌ

 NO

Rapporto con il Contraente: Rapporto di parentela Rapporto di lavoro/affari Altro (specificare) _____

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 contrattualiNome tariffa

Durata contratto: a vita intera

Premio unico (minimo € 5.000,00 e massimo € 100.000,00)**Prestazione aggiuntiva in caso di morte per infortunio o per incidente stradale**

Qualora il decesso avvenga ad un'età non superiore a 69 anni e 6 mesi a seguito di infortunio, il capitale assicurato rivalutato viene maggiorato di un importo pari al 10% del capitale stesso fino ad un massimo di Euro 50.000,00 secondo i criteri definiti nelle Condizioni di Assicurazione.

Qualora il decesso avvenga ad un'età non superiore a 69 anni e 6 mesi a seguito di incidente stradale, il capitale assicurato rivalutato viene maggiorato di un importo pari al 20% del capitale stesso fino ad un massimo di Euro 100.000,00 secondo i criteri definiti nelle Condizioni di Assicurazione.

Altre informazioni sul Contraente

Fascia di reddito del Contraente: _____

Scopo rapporto: _____

Origine delle somme versate: _____

Paese di provenienza delle somme versate: _____

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.

Versamento del premio di perfezionamento

Bonifico bancario a favore di Genertel*life* S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 04 C 03075 61800 CC0020242424 presso Banca Generali di Mogliano Veneto.

Beneficiari CASO MORTE

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			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)					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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 _____					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			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)					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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 _____					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			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)					<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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.

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

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

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

* 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

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

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

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:

- **Dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della conclusione del contratto, il set informativo che si compone del Documento contenente le informazioni chiave (KID), del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) per i prodotti di investimento assicurativo, delle Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e del Fac-simile del Modulo di Proposta.**
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o devesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni 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.
- Dichiara di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, sono necessari per la valutazione di adeguatezza della presente Proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative da me manifestate.
- Dichiara di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza reso, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato in quanto adeguato rispetto alla mia tolleranza al rischio e alla mia capacità di sostenere le perdite, tenuto conto delle informazioni da me fornite alla Compagnia con particolare riguardo alla mia esperienza e conoscenza nell'ambito dell'investimento rilevante per tipo di prodotto, alla mia situazione finanziaria, ai miei obiettivi di investimento.
- 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. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

X _____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____
Firma Contraente (o Esecutore)

Dichiarazione U.S. Person del Contraente 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 Proposta. 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 del Contraente:

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

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

FAC-SIMILE
X _____
Firma Contraente (o Esecutore per conto del Contraente)

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 dal Contraente, riportate nel presente Modulo di Proposta. 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 del Contraente: (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 _____

X _____
Firma Contraente (o Esecutore per conto del 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.

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Breve termine (fino a 5 anni)
- Medio termine (fino a 10 anni)
- Medio / Lungo termine (fino a 15 anni)
- Lungo termine (oltre i 15 anni)

Considerato che il prodotto prevede la possibilità di riscattare dopo 12 mesi, ritengo probabile avere la necessità di disinvestire il contratto prima di tale periodo:

- Sì
- NO

Firme di sottoscrizione

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

Note**Documento aggiornato a gennaio 2019**

Genertelife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – tel. 041 5939701
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 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 S.p.A. - genertelife@pec.genertelife.it – www.genertelife.it