

**GLOBAL VALORE PROTETTO
TARIFFA A VITA INTERA A PREMIO UNICO V1 CED GA15
VERSIONE CEDOLA**

**BANCA
FILIALE
PROPOSTA**

**CONVENZIONE
ABI CAB**

Stipulata il

CONTRAENTE

| | | |
|----------------------|------------------|-----------|
| Cognome/Rag.soc. | Nome | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale/P.IVA | | |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |

LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE

| | | |
|-----------------|------------------|-----------|
| Cognome | Nome | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |

ASSICURATO (se diverso dal CONTRAENTE)

| | | |
|-----------------|------------------|-----------|
| Cognome | Nome | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |

Appartenenza dell'Assicurato al nucleo familiare del Contraente

BENEFICIARI CASO MORTE



CONDIZIONI DI GARANZIA, PRESTAZIONI, PREMIOProdotto **GLOBAL VALORE PROTETTO** Tariffa **V1 CED GA15**

Garanzia ACMA (Assicurazione Complementare Morte Accidentale) (*):

Data Decorrenza

Premio di Perfezionamento in € di cui spese di emissione € 50,00

(*) La copertura cessa alla prima ricorrenza annua di polizza successiva al raggiungimento da parte dell'assicurato dell'età di 69 anni e 6 mesi

MODALITA' DI ADDEBITO

L'importo del Premio è stato pagato in data

addebitando il rapporto nr.

ABI CAB

intestato a

e accreditando il rapporto nr.

ABI CAB

intestato a **Global Assicurazioni S.p.A.**, agente di **Genertel/life S.p.A.**

La prova dell'avvenuto pagamento del premio, sopra indicato, alla Compagnia è rappresentata dall'apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione della somma ed alla raccolta della presente proposta.

MODALITA' DI ACCREDITO CEDOLE

Le cedole saranno accreditate sul rapporto nr.

ABI CAB

intestato a

fino a nuove indicazioni del Contraente

VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA

Data e luogo

Firma del Contraente

Genertel/life Partners è un marchio commerciale di Genertel/life S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 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 S.p.A. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

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 (Genertel^{life} S.p.A.) o per il tramite dell'Intermediario (Global Assicurazioni S.p.A. o in alternativa gli sportelli bancari con essa convenzionati). Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente sottoscrive il modulo di proposta debitamente compilato. Alla comunicazione del recesso deve essere allegato il documento di polizza e le eventuali appendici, se già ricevuti. Il recesso ha 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 al netto delle spese di emissione.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di accettare integralmente le condizioni di polizza (Tariffa V1 CED GA15) consegnate in Sue mani e di cui ha preso visione;
- di aver preso visione del **Progetto Esemplificativo** personalizzato relativo alla Tariffa V1 CED GA15.

Firma del Contraente

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto i singoli documenti (Scheda sintetica - Nota informativa - Condizioni di assicurazione comprensive del Regolamento della gestione separata - Glossario - Modulo di proposta) contenuti nel Fascicolo informativo.

Firma del Contraente

Dichiarazione di esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale

Il Sottoscritto

DICHIARA

di aver stipulato il contratto di polizza nell'ambito di attività commerciale e di percepirne i relativi proventi nell'ambito della medesima e chiede pertanto a codesta spett.le Compagnia di non applicare l'imposta sostitutiva sui redditi di capitale di cui all'art. 26-ter del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600

Data, _____

Firma del Contraente _____



Dichiarazione U.S. Person del Contraente

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, sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante Legale (per le persone giuridiche), 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 (da compilare solo se persona fisica):

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 apposto "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione U.S. Person della Società Contraente (da compilare solo se persona giuridica):

Il sottoscritto dichiara che la Società contraente è "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposto "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

FIRME DI SOTTOSCRIZIONE

Global Assicurazioni S.p.A.

L'Agente

Firma dell'Operatore

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(Se diverso dal Contraente)

In

il

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto Operatore dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modifiche (emanato in attuazione delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE), il soggetto di cui trattasi (Contraente oppure suo Legale Rappresentante) e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Dichiaro, inoltre, che tutte le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza.

Nome e Cognome Operatore

Firma Operatore



CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI**Consenso per finalità contrattuali**

Preso visione dell'**informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003** al trattamento dei miei/nostri 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 /Ragione Sociale Contraente

Firma Contraente/Legale Rappr.

Nome e Cognome Assicurato

Firma Assicurato
(Se diverso dal Contraente)**Consenso per finalità commerciali**

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, al trattamento dei miei/nostri 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 /Ragione Sociale Contraente

Firma Contraente/Legale Rappr.

Nome e Cognome Assicurato

Firma Assicurato
(Se diverso dal Contraente)

Data e luogo

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA⁽¹⁾

Il sottoscritto, **ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod., fornisce** le informazioni di seguito riportate.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali previste, ai sensi dell'Art. 55 del citato D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche, in caso di omissione o false informazioni.

1. Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta: **INVESTIMENTO**

2. Titolare Effettivo⁽²⁾ del rapporto continuativo

⁽¹⁾ **È necessario che**, al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Cliente e dell'eventuale Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende accendere, il Contraente **fornisca**, in conformità a quanto previsto dagli Articoli 18 e 21 del sopra richiamato decreto, sotto la propria personale responsabilità, le informazioni riportate **nel presente documento**, consapevole che le stesse sono indispensabili onde consentire alla Società Genertellife S.p.A. l'adempimento degli obblighi di cui alla predetta normativa e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'attivazione del rapporto oggetto del presente Modulo di proposta.

⁽²⁾ La valorizzazione del Titolare Effettivo è **obbligatoria** quando **il rapporto continuativo sia intestato a Ente o Società** e quando **sia presente uno o più Titolari Effettivi come di seguito definiti sulla base della vigente normativa.**

Ai sensi del D.Lgs. 231/2007 si intende per "Titolare Effettivo" **la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano il Cliente**, come di seguito individuate:

a) in caso di **società**: la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano la società attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore (superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto, ad esclusione di società quotate), ovvero la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione dell'entità giuridica;

b) in caso di **entità giuridiche**, quali le fondazioni, o di **istituti giuridici**, quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

- se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona o le persone fisiche beneficiarie del 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica;

- se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono già state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;

- la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica. **Si precisa che, nel caso in cui il Cliente sia una Società Fiduciaria di Amministrazione, si intende per "Titolare Effettivo" il Fiduciante e non la struttura di controllo della società.**



1° Titolare effettivo: Cognome e Nome

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | Sesso |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |
| Tipo Documento | | Numero Documento |
| Data di rilascio | Ente di rilascio | |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

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 apposto "Form W-9"

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

2° Titolare effettivo: Cognome e Nome

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | Sesso |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |
| Tipo Documento | | Numero Documento |
| Data di rilascio | Ente di rilascio | |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

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 apposto "Form W-9"

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

3° Titolare effettivo: Cognome e Nome

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | Sesso |
| Indirizzo | Luogo | CAP Prov. |
| Tipo Documento | | Numero Documento |
| Data di rilascio | Ente di rilascio | |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

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 apposto "Form W-9"

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)



4° Titolare effettivo: Cognome e Nome

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| Data di nascita | Luogo di nascita | Prov. |
| Codice Fiscale | | Sesso |
| Indirizzo | Luogo | CAP |
| | | Prov. |
| Tipo Documento | | Numero Documento |
| Data di rilascio | Ente di rilascio | |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

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)

Il sottoscritto, consapevole degli obblighi di adeguata verifica della clientela, ai fini della valutazione del livello di rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, nonché delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dalla predetta normativa, **conferma, sotto la propria personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi della citata normativa. Si impegna a comunicare prontamente alla Società ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

_____ **Data e luogo**

_____ **Firma Contraente/Legale Rappr.**



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 196/2003

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la Società, con la presente proposta di assicurazione, intende acquisire dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ⁽¹⁾, che La riguardano, anche relativi alla sua posizione patrimoniale e finanziaria, al fine di fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. I dati, forniti da Lei o da altri soggetti ⁽²⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i seguenti servizi:

- Valutazione sull'adeguatezza e l'appropriatezza dei prodotti finanziario/assicurativi offerti;
- Predisposizione e stipulazione del contratto di assicurazione;
- Gestione dello stesso (raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicurazione, gestione e controllo interno, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali e attività statistiche).

Inoltre - con il Suo consenso - la Società intende trattare i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato volte a migliorare i servizi offerti.

2. MODALITÀ TRATTAMENTO DATI

I Suoi dati sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero (quali ad esempio agenti, subagenti, produttori di agenzia, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, riassicuratori, legali, periti, strutture sanitarie, Società del gruppo, Società di servizi). Per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa ed operativa che agiscono come Responsabili del nostro trattamento o distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali

⁽¹⁾ L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato. ⁽²⁾ Ad esempio Contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario; banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa. ⁽³⁾ I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione di contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, 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 elencati 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, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria. ⁽⁴⁾ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.

dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate ⁽³⁾.

3. DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4. RIFIUTO CONFERIMENTO DATI

Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (ad esempio la disciplina contro il riciclaggio) non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengano utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

L'integrazione presuppone un interesse.

La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge.

Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo ⁽⁴⁾.

6. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili. Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il **Servizio Privacy** (*Servizio Privacy - Genertellife S.p.A. - Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.5939704 fax. 041.5939795*).

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 detto Servizio.

Il sito www.genertellife-partners.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Documento aggiornato a maggio 2015

