

# Antlia *non fumatori*

© LMD art - grafica

Contratto di Assicurazione temporanea caso morte  
a capitale costante o decrescente

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

**Prima della sottoscrizione leggere  
attentamente la Nota Informativa.**

## Nota Informativa

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

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

### ■ **A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione**

#### **1. Informazioni generali**

- a) Genertellife S.p.A. è società appartenente al Gruppo Generali
- b) Sede Legale e Direzione Generale in Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
- c) Recapito telefonico: 041 5939611  
Sito Internet: [www.genertellife-partners.it](http://www.genertellife-partners.it)  
E-mail: [genertellife@genertellife-partners.it](mailto:genertellife@genertellife-partners.it)
- d) La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n° 1935 del 20.09.2001 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 228 del 01.10.2001) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione italiane al numero 1.00141

Nell'homepage di [www.genertellife-partners.it](http://www.genertellife-partners.it) è possibile consultare eventuali aggiornamenti relativi a questo fascicolo informativo che non dipendano da innovazioni normative.

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

L'ammontare del patrimonio netto, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari a 1.467,2 milioni di Euro di cui:

- 168,2 milioni relativi al capitale sociale e
- 1.299,0 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 125,96%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016.

## **B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte**

### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

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

L'età dell'Assicurato, al momento della sottoscrizione, va da un minimo di 18 anni ad un massimo di 78 anni e comunque non deve essere superiore a 80 anni alla scadenza del contratto.

#### **Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

##### **a) Prestazioni in caso di decesso**

##### **b) Coperture complementari**

Il presente contratto è riservato agli Assicurati non fumatori; si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Polizza per la definizione di Assicurato non fumatore.

Si rinvia agli Articoli 1, 17 e 17.1 delle Condizioni di Polizza per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

*AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso e le coperture complementari prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia agli Articoli 3.1 e 17.1 delle Condizioni di Polizza. Sulle prestazioni in caso di decesso è presente altresì un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato), per i cui dettagli si rinvia all'Articolo 3.3 delle Condizioni di Polizza.*

**Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.**

### **4. Premi**

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita.

Il presente contratto prevede la corresponsione di premi annui anticipati di importo costante da versare:

- per tutta la durata del contratto, qualora sia stata scelta, al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta, la Versione a capitale costante;
- per una parte della durata del contratto (indicata nel documento di Polizza), qualora sia stata scelta, al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta, la Versione a capitale decrescente;

Il Contraente ha la possibilità di frazionare, fin da subito, il premio annuo in rate semestrali o mensili; si rinvia al Punto 5.1.1 per i relativi costi di frazionamento.

Il primo premio annuo annuo (o rata di premio) e i premi annui (o le rate) successivi potranno essere versati per mezzo di conto corrente bancario con preventiva

autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit).

## **C. Informazioni su costi, sconti e regime fiscale**

### **5 Costi**

#### **5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente**

##### **5.1.1 Costi gravanti sul premio**

<b>Spese di emissione del contratto</b>		Euro 7,50
<b>Diritti di quietanza</b>		Euro 0,75
<b>Caricamenti</b>		<b>Quota parte percepita dall'intermediario</b>
Valore assoluto (cifra fissa)	Euro 25,00	50,00%
Valore percentuale	10,00%	50,00%

I costi percentuali sono applicati al premio, al netto delle spese di emissione e/o quietanza e della cifra fissa.

Il Contraente ha la possibilità di frazionare i premi successivi a quello di primo anno in rate semestrali o mensili; in tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), secondo la seguente tabella:

<b>Addizionale di frazionamento</b>	
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

*AVVERTENZA: il contratto prevede altri costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione superiore a 60 anni e 6 mesi. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'assicurato.*

### **6. Regime fiscale**

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

#### Imposta sui premi relativi alle assicurazioni complementari infortuni

I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni sono soggetti ad una imposta del 2,50%.

#### Detrazione fiscale dei premi

La parte di premio afferente al rischio morte dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

### Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione della proposta o polizza.

Il Contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) alla Società lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea.

In caso di mancato adempimento, il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato all'Impresa in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

## ■ **D. Altre informazioni sul contratto**

### **7. Modalità di perfezionamento del contratto**

Si rinvia all'Articolo 6 delle Condizioni di Polizza per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

### **8. Risoluzione del contratto per sospensione dei versamenti**

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

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

Si rinvia agli Articoli 10 e 11 delle Condizioni di Polizza per gli aspetti di dettaglio.

### **9. Riscatto e riduzione**

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

### **10. Revoca della proposta**

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto che avviene nel momento in cui la Società rilascia al Contraente stesso il documento di Polizza o comunica per iscritto il proprio assenso.

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

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

Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate; in assenza di tale dato verrà inviato al Contraente un assegno circolare.

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

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

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società rimborsa al Contraente gli importi eventualmente già pagati al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al Punto 5.1.1 della presente Nota informativa a condizione che siano quantificate nel modulo di Proposta.

### **11. Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione. Per il recesso del contratto deve essere inviata alla Società una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

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

Nella comunicazione di recesso vanno indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato; in assenza di tale dato verrà inviato al Contraente un assegno circolare.

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

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

Entro trenta giorni dal ricevimento delle comunicazioni la Società rimborsa al Contraente il premio versato, diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

La Società è tenuta al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, con diritto a trattenere le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al Punto 5.1.1 della presente Nota informativa, a condizione che le stesse siano quantificate nel modulo di Proposta e nel documento di Polizza, nonché la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### **12. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

Si rinvia all'articolo 14 delle Condizioni di Polizza per quanto riguarda la documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società.

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

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

### **13. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. In caso di diversa scelta delle parti, prevalgono comunque le norme imperative di diritto italiano.

### **14. Lingua in cui è redatto il contratto**

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

### **15. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati mediante posta, telefax o e-mail all'Ufficio reclami della Società e devono contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'intermediario o del soggetto di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In Genertellife, la funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è:

#### **Servizio Tutela Rischi - Unità Quality.**

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

- Posta  
Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi - Unità Quality  
Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
- Fax  
Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi - Unità Quality  
Numero di fax: 041 5939797
- e-mail  
Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi - Unità Quality  
Indirizzo e-mail: [gestionereclami@genertellife-partners.it](mailto:gestionereclami@genertellife-partners.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

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

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm)).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

È necessario ricorrere alla mediazione obbligatoria, in quanto prevista come condizione di procedibilità dalla legge per le controversie in materia assicurativa, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa. Le istanze vanno presentate per iscritto a Genertellife S.p.A. - Unità Affari Legali, Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV).

## **16. Comunicazioni del Contraente alla Società**

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

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

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

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

Le suddette indicazioni sono da ritenersi valide anche nel caso di cambiamenti dell'attività sportiva comunicata in fase di sottoscrizione.

## **17. Conflitto di interessi**

La Società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

### **Principi generali per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse**

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la Società opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da Rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di Gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo.

La Società individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

Con riferimento alla fase di progettazione dei prodotti, la Società definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Con riferimento alla fase di distribuzione dei prodotti, la Società non ha attual-

mente in essere politiche di incentivazione differenziate per tipologia di prodotto. È comunque vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto od una determinata operazione.

Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

\* \* \* \*

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

**Il rappresentante legale**

Dott. Manlio Lostuzzi



## Condizioni di Polizza

### Premessa

Il presente contratto è disciplinato esclusivamente:

- dalle presenti Condizioni;
- da quanto indicato nel Documento di polizza e nelle eventuali Appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

### ■ Parte I - Prestazioni

#### Art. 1 - Prestazioni assicurate

Le coperture assicurative di seguito elencate sono operanti solo se specificatamente indicate nel Documento di polizza.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ha la possibilità di optare tra due soluzioni:

- “Versione a capitale costante” (Tariffa V5 NFUM)
- “Versione a capitale decrescente” (Tariffa V5D NFUM)

Una volta scelta una delle due versioni, per il Contraente non è più possibile passare all'altra nel corso del contratto.

#### Versione a capitale costante

A seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, ai Beneficiari designati dal Contraente è liquidato il capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Il Contraente, sempre al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, può integrare la predetta prestazione principale della versione a capitale costante,

con l'assicurazione complementare (A.C.M.A. - I.S.) descritta all'Art. 17 delle presenti Condizioni di Polizza.

Il capitale assicurato costante è indicato nel documento di Polizza.

### **Versione a capitale decrescente**

A seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, ai Beneficiari designati dal Contraente è liquidato un capitale che decresce annualmente di un ammontare ottenuto riducendo il capitale in vigore nel periodo annuale precedente di un importo pari al capitale indicato nel documento di Polizza diviso il numero di anni della durata contrattuale.

Per entrambe le versioni, se alla scadenza del contratto l'Assicurato è in vita, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

### **Art. 2 - Definizione di Assicurato non fumatore**

Il presente contratto è riservato agli Assicurati non fumatori.

Ai fini delle presenti coperture assicurative, l'Assicurato è considerato non fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigaretta elettronica, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia mediante lettera raccomandata.

In caso di sinistro la Compagnia verifica l'effettivo persistere nello stato di non fumatore dell'Assicurato, che deve preventivamente consentire alla Compagnia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto (Articolo 5 delle presenti Condizioni di Polizza) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'Assicurato (Art. 1893 c.c.).

### **Art. 3 - Rischio di morte**

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi Punti 3.1, 3.2 e 3.3.

### 3.1 Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa dell'Assicurato o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento. L'arrivo dell'Assicurato in un paese in guerra o similari sarà considerato come partecipazione attiva alle ostilità e, come sopra indicato, comporterà l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; uso e guida di mezzi subacquei;
- f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; è comunque esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione della copertura;
- h) infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

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

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

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

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale Appendice al Documento di Polizza, è inoltre esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- j) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- k) pratica di attività sportive professionistiche;
- l) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- m) pratica delle seguenti attività sportive:

- immersioni subacquee non in apnea superiori ai 40 m; immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne;
  - scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia;
  - torrentismo; tuffi da altezza superiore i 10 metri; nuoto in mare aperto;
  - surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua o altri sports acquatici praticati non a livello dilettantistico;
  - vela transoceanica;
  - sport estremi;
- n) attività professionale pericolosa che comporti:
- contatti con materie esplosive, venefiche, chimiche od elettriche
  - attività di rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;
  - lavori su impalcature o ponteggi di altezze superiori a 15 m;
  - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
  - l'appartenenza non con sole mansioni amministrative o d'ufficio a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile;
  - aviazione;
  - attività subacquee in genere;
  - guardia giurata;
  - autotrasportatori superiori a 35 q, operatori di pala meccanica.

Al fine di eliminare le esclusioni di cui ai punti k), l), m), n) ed estendere la copertura assicurativa anche per attività sportive e/o professionali non previste, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia si riserva la valutazione di un eventuale sovrappremio.

### 3.2 Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Le suddette indicazioni sono da ritenersi valide anche nel caso di cambiamenti dell'attività sportiva comunicata in fase di sottoscrizione.

### 3.3 Carenze

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla

Società, accettandone modalità ed oneri.

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

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

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

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

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

#### **Art. 4 - Beneficiari**

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

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

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

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

#### Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai van-

taggi dell'assicurazione (art. 1920 del codice civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

### **Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

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

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

- a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
- di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
- b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

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

## ■ **Parte II - Conclusione del contratto**

### **Art. 6 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione**

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Società abbia rilasciato al Contraente il documento di polizza o gli abbia altrimenti inviato per iscritto comunicazione del proprio assenso.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza.

### **Art. 7 - Diritto di recesso**

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

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rim-

borsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso, e delle spese sostenute per l'emissione della polizza, individuate e quantificate nel modulo di proposta e nel documento di polizza.

### **Art. 8 - Durata del contratto**

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

## ■ **Parte III - Premi**

### **Art. 9 - Versamento dei premi**

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

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

Il Contraente può richiedere di corrispondere, fin da subito, il premio annuo in rate infra-annuali con decorrenza semestrale o mensile. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), come riportato nella tabella sottostante:

<b>Rateazione</b>	<b>Addizionale di frazionamento</b>
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

Il primo premio annuo (o rata di premio) e i premi annui (o le rate) successivi potranno essere versati per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit).

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

### **Art. 10 - Mancato versamento dei premi: risoluzione**

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

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

### **Art. 11 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione**

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

Qualora però siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazio-

ne può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

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

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

## ■ **Parte IV - Vicende contrattuali**

### **Art. 12 - Capitale ridotto, riscatto, prestiti**

Il presente contratto non prevede valori di capitale ridotto, riscatto e prestiti.

### **Art. 13 - Cessione, pegno e vincolo**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni.

Tali atti diventano efficaci nei confronti della Società solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione su apposita appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

## ■ **Parte V - Pagamenti della Società**

### **Art. 14 - Pagamenti della Società**

Per tutti i pagamenti deve essere presentata alla Società richiesta scritta accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Inoltre, qualsiasi richiesta deve essere accompagnata da un documento di identità e codice fiscale degli aventi diritto, qualora non siano già stati presentati o siano scaduti, e devono essere allegate le **coordinate bancarie (codice IBAN)**, sottoscritte da tutti i Beneficiari della polizza, su cui effettuare il bonifico.

Si riporta di seguito la documentazione necessaria nei singoli casi di liquidazione:

#### *1) Decesso dell'Assicurato*

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

- certificato di morte;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà, da produrre da parte dell'avente diritto, qualora Contraente ed Assicurato coincidano, in modo che dallo stesso risulti se il Contraente abbia lasciato o meno testamento e che questo sia l'ultimo, valido, non impugnato e che nello stesso non siano state indicate esplicitamente la/e polizza/e vita stipulata/e con Genertellife S.p.A. Tale documento, da cui risulti l'indicazione degli eredi legittimi e/o testamentari,

è necessario altresì qualora i Beneficiari caso morte indicati nel Documento di Polizza non siano identificabili da parte della Società;

- testamento: allegare copia del Verbale di pubblicazione del testamento (solo se nello stesso siano state esplicitamente nominate le polizze stipulate con Genertellife);
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla società (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 118; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti);
- relazione medica sulle cause del decesso, al fine di garantire una corretta liquidazione in presenza di garanzie complementari che richiedono prestazioni supplementari rispetto alla prestazione base assicurata, nonché verificare che non ricorrano esclusioni alla liquidabilità del sinistro in relazione ad eventuali cause di morte specificatamente escluse, anche in funzione di limitazioni previste nel periodo di carenza.

## 2) Recesso

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

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

## NOTA BENE

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

**La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa.**

**Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.**

Ogni pagamento viene effettuato dalla Direzione della Società.

## Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 del codice civile).

## **Art. 15 - Imposte e tasse**

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

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal Contraente

in occasione della sottoscrizione della proposta o polizza.

Il Contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) alla Società lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea.

In caso di mancato adempimento, il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato all'Impresa in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

#### **Art. 16 - Foro competente**

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

### ■ **Parte VI - Altre prestazioni abbinabili alla tariffa a capitale costante**

#### **Art. 17 - Assicurazione complementare**

La prestazione in caso di morte dell'Assicurato relativa alla "Versione a capitale costante", di cui all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Polizza, può essere integrata, su richiesta del Contraente al momento della sottoscrizione del modulo di Proposta, da quelle relative alla seguente assicurazione complementare:

- assicurazione per il caso di morte accidentale (A.C.M.A.) con raddoppio del capitale A.C.M.A. in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A. - I.S).

L'assicurazione complementare è operante solo se espressamente indicata nel documento di polizza.

A tale assicurazione complementare si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni del presente contratto in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme contenute nel presente articolo.

#### **17.1 - Assicurazione per il caso di morte accidentale (A.C.M.A.) con raddoppio del capitale A.C.M.A. per il caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.- I.S)**

##### **A) Prestazioni**

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Società, nei limiti della presente garanzia e delle Condizioni Particolari che seguono, si obbliga a pagare ai Beneficiari designati, oltre alle prestazioni previste per il caso di morte dell'Assicurato dalla tariffa dell'assicurazione principale, un ulteriore capitale il cui ammontare è indicato nel documento di polizza, a fianco della dicitura "Assicurazione Complementare per il caso di Morte Accidentale-A.C.M.A".

Tale capitale viene raddoppiato nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.-I.S.).

Il capitale A.C.M.A. rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale. La copertura è operante soltanto se la morte si verifica entro un anno dal giorno delle lesioni anzidette.

## **B) Condizioni particolari**

### *1) Criteri di operatività della garanzia*

In conformità alla condizione che la morte deve essere la conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni di cui alla lettera A) resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di morte conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

### *2) Esclusioni dalla garanzia*

Per la copertura assicurativa della garanzia valgono le esclusioni previste per la copertura caso morte come indicato all'art. 3.

### *3) Estinzione della garanzia*

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti alla Società:

- a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
- b) in caso di sospensione, cessazione od esonero - per qualsiasi ragione o causa - del versamento del premio dell'assicurazione principale;
- c) al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato;
- d) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione.

**Documento aggiornato a maggio 2017**

## Glossario

### A

#### **ADDIZIONALE DI FRAZIONAMENTO**

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

#### **APPENDICE**

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

#### **ASSICURATO**

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

### B

#### **BENEFICIARIO**

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

### C

#### **CAPITALE IN CASO DI DECESSO**

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

#### **CARENZA**

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

#### **CARICAMENTI**

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

## **CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

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

## **CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il documento di polizza sottoscritto dalla Società.

## **CONDIZIONI CONTRATTUALI (O DI POLIZZA)**

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

## **CONFLITTO DI INTERESSI**

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

## **CONTRAENTE**

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

## **COSTI (O SPESE)**

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

## **D**

### **DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO**

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

### **DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

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

### **DOCUMENTO DI POLIZZA**

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

### **DURATA CONTRATTUALE**

Periodo durante il quale il contratto è in vigore.

### **DURATA DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

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

## **E**

### **ESTENSIONE TERRITORIALE**

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

**F FASCICOLO INFORMATIVO**

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

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

**I IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ**

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

**ISVAP**

Si veda alla voce "IVASS".

**IVASS**

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

**L LIQUIDAZIONE**

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

**M MODULO DI PROPOSTA**

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

**N NOTA INFORMATIVA**

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

**P PIANO PROGRAMMATO DEI VERSAMENTI**

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

**PREMIO**

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

**R RECESSO**

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

## **REVOCA**

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

**S**

## **SCADENZA**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

## **SINISTRO**

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

## **SOCIETÀ**

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

---

**Documento aggiornato a maggio 2017**



**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

# Antlia

Contratto di Assicurazione temporanea caso morte a capitale costante o decrescente.

## Tariffa selezionata per *non fumatori*

Modulo di Proposta per **Antlia SVM** (senza visita medica) sottoscrivibile a queste condizioni:

1. da persone che dichiarano di non aver mai fumato o di non aver mai fumato negli ultimi 24 mesi;
2. per massimali di copertura fino a Euro 250.000,00
3. da persone che hanno meno di 60 anni.

# Antlia *non fumatori* SVM

## Modulo di Proposta Senza Visita Medica

Banca	Codice	Cod. Convenzione
Filiale	ABI	CAB
Proposta con copertura provvisoria n.	Stipulata il	

### Contraente

COGNOME	NOME	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ	CAP PROV
PRESSO (facoltativo)	CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)	LOCALITÀ	CAP PROV
PRESSO (facoltativo)		

**Attività economica: Professione**     **TAE**

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

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

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

**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.**

### Contraente persona giuridica

RAGIONE SOCIALE			
PARTITA IVA	CODICE FISCALE		
Tipologia di Società: <input type="checkbox"/> S.p.A. <input type="checkbox"/> Persona giuridica (eccetto S.p.A.)/Ditta individuale <input type="checkbox"/> Trust/strutture analoghe <input type="checkbox"/> Enti Religiosi			
<input type="checkbox"/> No Profit o strutture analoghe; indicare la categoria dei soggetti che beneficiano di tale attività _____			
SEDE LEGALE	COMUNE	CAP	PROV
DATA COSTITUZIONE	PROVINCIA DI COSTITUZIONE	ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE	
PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE	NR. REGISTRAZIONE		
ATECO _____	PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO		
SAE _____			



**Dati economici del Contraente (da compilare con riferimento al Contraente se persona fisica o della ditta se persona giuridica)**

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Da € 0 a € 20.000,00           | <input type="checkbox"/> Da € 500.001,00 a € 1.000.000,00     |
| <input type="checkbox"/> Da € 20.001,00 a € 50.000,00   | <input type="checkbox"/> Da € 1.000.001,00 a € 2.000.000,00   |
| <input type="checkbox"/> Da € 50.001,00 a € 100.000,00  | <input type="checkbox"/> Da € 2.000.001,00 a € 10.000.000,00  |
| <input type="checkbox"/> Da € 100.001,00 a € 250.000,00 | <input type="checkbox"/> Da € 10.000.001,00 a € 50.000.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Da € 250.001,00 a € 500.000,00 | <input type="checkbox"/> Oltre € 50.000.000,00                |

**Risultato economico\*:**  Utile/Pareggio  Perdita      **Numero esercizi in perdita\*:**  1  2  3 o oltre

\* Da compilare con riferimento alla sola persona giuridica.

**Assicurando (quando diverso dal Contraente)**

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"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA <input type="text"/>	LOCALITÀ <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>

L'Assicurando appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente:  SI  NO  
(Qualora il Contraente sia una persona fisica, barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**Dati dell'eventuale Legale Rappresentante / delegato del Contraente**

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"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA <input type="text"/>	LOCALITÀ <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
PRESSO (facoltativo) <input type="text"/>	CITTADINANZA <input type="text"/>	SECONDA CITTADINANZA <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SI  NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Tipo di documento:  01 Carta d'identità  02 Patente auto  03 Passaporto italiano

Numero documento <input type="text"/>	Data rilascio <input type="text"/>	Data scadenza <input type="text"/>	Ente e località rilascio <input type="text"/>
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega del Legale Rappresentante/Delegato:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Procura/Delega              | <input type="checkbox"/> Provvedimento Giudice tutelare |
| <input type="checkbox"/> Delibera assembleare C.d.A. | <input type="checkbox"/> Statuto                        |

**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.**



**Dati relativi al soggetto pagatore nel caso sia diverso dal Contraente/Assicurato/Legale rappresentante/Titolare effettivo**

COGNOME / DENOMINAZIONE SOCIALE*	NOME		SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CODICE FISCALE	PARTITA IVA*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
LUOGO E DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE*	PROV	CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE*	COMUNE	CAP	PROV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
PRESSO (facoltativo)	NAZIONE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Tipo di documento:  01 Carta d'identità       02 Patente auto       03 Passaporto italiano

Numero documento      Data rilascio      Data scadenza      Ente e località rilascio

                

ATECO \_\_\_\_\_ SAE \_\_\_\_\_

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)       SÌ       NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare       Rapporto di lavoro / Affari       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

\* Se persona giuridica.

**Caratteristiche contrattuali**

Nome tariffa       V5 NFUM a capitale costante       Assicurazione complementare ACMA-IS

Nome tariffa       V5D NFUM a capitale decrescente

Durata contratto:      cifre      lettere      Frazionamento del premio:      Annuale      Semestrale      Mensile

                  1       2       12

**Caratteristiche del contratto**

Capitale assicurato iniziale	Data pagamento	Premio annuo	Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie
€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Rata di perfezionamento	Spese di emissione	Totale da versare	Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie
€ <input type="text"/>	+ € 7,50 <input type="text"/>	= € <input type="text"/>	€ <input type="text"/>



**Mandato per l'Addebito Diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.)**

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

- IBAN:

- Banca:

- Intestato a:

Riferimento del mandato: 765234000000  (indicare il numero di proposta)

Azienda creditrice:

- Nome/ragione sociale: Genertellife S.p.A.
- Codice Fiscale: 00979820321
- Codice identificativo: IT030010000000979820321
- Indirizzo: Via E. Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV), ITALIA

Il sottoscritto Contraente autorizza Genertellife S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertellife S.p.A. Il Contraente 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.

\_\_\_\_\_

Data e luogo

**X**

\_\_\_\_\_

Firma Contraente o suo Legale Rappresentante

© LMD srl - grafica



**Questionario sanitario a cura dell'Assicurando**

**Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

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

situazioni di malattia. Sono esclusi dalla dichiarazione di anomalità conseguenza di condizioni fisiologiche (ad es. lieve anemia correlata al ciclo mestruale) o condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (come stati infettivi o infiammatori semplici).

**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

Nome e cognome del medico curante

Indirizzo del medico curante

**Origine e provenienza dei fondi**

Origine delle somme versate:

- Lavoro Dipendente
- Lavoro Autonomo
- Vincita
- Lascito / Eredità / Donazione
- Pensione
- Rendita da immobili
- Reddito d'Impresa
- Disinvestimento
- Reinvestimento da liquidazione
- Reinvestimento da sinistro danni
- Scudo Fiscale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Paese di provenienza delle somme versate: \_\_\_\_\_



**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 contrattuali.

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

**Beneficiari CASO MORTE**

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 Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> <b>C</b>	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> <b>H</b>
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> <b>D</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>
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>		

**OPPURE:** SOLO NEL CASO che nessuno dei Beneficiari sopra elencati corrisponda alle necessità del Contraente, indicare di seguito la ragione sociale o i dati anagrafici (cognome, nome e data di nascita) dei Beneficiari prescelti.

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ SESSO  **M**  **F**

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO) \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ SESSO  **M**  **F**

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO) \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Salvo diversa indicazione da parte del Contraente, il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i beneficiari designati, in parti uguali.**



## 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 eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso, entro 30 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 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

## Scopo e natura del rapporto continuativo

### 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 Atto di Adesione (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

Protezione       Risparmio       Investimento

### Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente (o Legale Rappresentante/delegato del Contraente) del rapporto continuativo oggetto del presente Atto di adesione, **dichiara che**

- Il Titolare Effettivo è diverso dal Legale Rappresentante/Delegato;
- Il Titolare Effettivo coincide con il Legale Rappresentante/Delegato.



### Condizioni di garanzia

La sottoscritta società Genertellife S.p.A. accorda col presente atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento ovvero dal giorno di valuta riconosciuto alla Società dell'importo sopraindicato, la copertura del rischio di cui alla presente proposta e relativi allegati che qui si intendono integralmente richiamati, fatte salve le condizioni di carenza per i contratti senza visita medica ove previste e riportate nelle Condizioni di Polizza. Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

- qualora il pagamento sia effettuato tramite assegno che risulti non incassabile;
- ovvero dal momento dell'emissione della polizza, nel qual caso la copertura proseguirà e l'importo sopra-

dicato verrà computato a premio della polizza stessa; • ovvero dal momento dell'invio, a mezzo raccomandata, da parte della Direzione della Società, dell'eventuale dichiarazione di rifiuto dell'assicurazione e comunque alla scadenza del 90° giorno dalla data di pagamento senza che sia intervenuta emissione della polizza, nei quali casi la copertura verrà immediatamente a cessare e l'importo sopraindicato verrà messo a disposizione del Contraente per il relativo rimborso verso restituzione del presente documento.

GENERTELLIFE S.p.A.

### Consenso al trattamento di dati personali

#### Consenso per finalità contrattuali (obbligatorio)

Preso visione dell'**informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, Acconsento** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

\_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Contraente  Firma Contraente o legale rappresentante      \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Assicurando  Firma Assicurando

#### Consenso per finalità commerciali (facoltativo)

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

\_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Contraente  Firma Contraente o legale rappresentante      \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Assicurando  Firma Assicurando

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

\_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Contraente  Firma Contraente o legale rappresentante      \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Assicurando  Firma Assicurando

Data e luogo \_\_\_\_\_



**Note**

**Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto**

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

**A. Informazioni anagrafiche**

- a1. Nome e cognome \_\_\_\_\_
- a2. Et  o data di nascita \_\_\_\_\_

**B. Informazioni sullo stato occupazionale**

- Qual   attualmente il suo stato occupazionale?
- Occupato con contratto a tempo indeterminato
  - Autonomo/libero professionista
  - Pensionato
  - Occupato con contratto temporaneo, a progetto, Co.Co.Co., ecc.
  - Non occupato

**C. Informazioni sulle persone da tutelare**

- Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?
- S 
  - No

**D. Informazioni sulla attuale situazione assicurativa**

- Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?
- Risparmio/investimento
  - Previdenza/pensione complementare
  - Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi,ltc)
  - Nessuna copertura assicurativa vita

**E. Informazioni sulla situazione finanziaria**

- e1. Qual   la sua capacit  di risparmio annuo?
- Fino a 5.000 Euro
  - Da 5.000 a 15.000 Euro
  - Oltre 15.000 Euro
- e2. Qual   il suo patrimonio disponibile all'investimento assicurativo?
- Euro \_\_\_\_\_
- e3. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?
- In crescita
  - Stazionaria
  - In diminuzione

**F. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto**

- f1. Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?
- Risparmio/investimento
  - Previdenza/pensione complementare
  - Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi, ltc)
- f2. Qual   l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?
- Breve (  5 anni)
  - Medio (6 - 10 anni)
  - Lungo (> 10 anni)
- f3. Qual   la sua propensione al rischio, e conseguentemente quali sono le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?
- Bassa (non sono disposto ad accettare oscillazioni del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto rendimenti modesti ma sicuri nel tempo).
  - Media (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
  - Alta (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditivit  e nella consapevolezza che ci  comporta dei rischi di perdita del capitale).
- f4. Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:
- Versamenti periodici
  - Versamento unico
- f5. Qual   la probabilit  di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?
- Bassa
  - Alta

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o legale rappresentante

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

Io sottoscritto Cliente dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ci  ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle Mie esigenze assicurative.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o legale rappresentante

**Dichiarazione di volont  di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

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

- 1. Le informazioni anagrafiche riportate nel punto A del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
- 2. Le informazioni sullo stato occupazionale riportate nel punto B del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
- 3. Le informazioni sulle persone da tutelare riportate nel punto C del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
- 4. Le informazioni sull'attuale situazione assicurativa riportate nel punto D del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
- 5. Le informazioni sulla situazione finanziaria riportate nel punto E del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
- 6. Le informazioni sulle aspettative del contratto riportate nel punto F del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o legale rappresentante      Firma dell'operatore bancario



**Dichiarazioni del Contraente o del suo legale rappresentante/delegato**

- **Dichiaro** di accettare integralmente le Condizioni di Polizza (Tariffe V5 NFUM e V5D NFUM), consegnate in mie mani e di cui ho preso visione.
- **Dichiaro** di aver preso visione del Progetto Esemplificativo personalizzato relativo alle Tariffe V5 NFUM e V5D NFUM.
- Ai sensi delle disposizioni del d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del Regolamento ISVAP n. 5/2005 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, **Dichiaro** di aver ricevuto il modulo 7B, relativo alle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della presente proposta nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o suo Legale Rappresentante/delegato

- **Dichiaro di aver 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**

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o suo Legale Rappresentante/delegato

- **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. e consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi del presente Atto di adesione 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 impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente o suo Legale Rappresentante/delegato

**Firme di sottoscrizione**

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

**Identificazione del Contraente o del suo legale rappresentante/delegato**

Tipo di documento:  01 Carta d'identità  02 Patente auto  03 Passaporto italiano

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

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/delegato) e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

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

\_\_\_\_\_ Firma dell'operatore bancario  
Nome e cognome dell'operatore bancario



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

### FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La informiamo che Genertellife S.p.A., Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari<sup>(1)</sup>, al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di frodi assicurative.

Tali dati, forniti da Lei o da terzi<sup>(2)</sup>, sono quelli strettamente necessari per fornirle i seguenti servizi:

- Valutazione sull'adeguatezza dei prodotti finanziari/assicurativi offerti;
- Predisposizione e stipulazione del contratto di assicurazione;
- Gestione del contratto (riassicurazione, coassicurazione, prevenzione delle frodi, attività statistiche) e attività di post vendita (ad esempio: raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riscatti totali o parziali, variazioni di contraenza e/o di beneficiario, versamenti aggiuntivi, prestiti).

Inoltre, se esprimerà il Suo consenso, la Società tratterà i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato, volte a migliorare i servizi offerti.

### MODALITÀ TRATTAMENTO DATI

I Suoi dati sono trattati 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. 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 e che agiscono come Responsabili del nostro trattamento o distinti Titolari di trattamenti, ma aventi le medesime finalità sopra indicate. I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopra indicate<sup>(3)</sup>.

### DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

### RIFIUTO CONFERIMENTO DATI

Senza i Suoi dati (alcuni dei quali ci debbono essere forniti per legge, come ad esempio la disciplina antiriciclaggio) non potremo fornirle, in tutto o in parte, i nostri servizi.

### 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 se vi è un interesse oppure cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se illegittimo. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nel caso di trattamento ad uso commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo<sup>(4)</sup>.

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Genertellife S.p.A., 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:

Quality-Genertellife S.p.A., via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto, email: [privacy@genertellife.it](mailto:privacy@genertellife.it).

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire 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](http://www.genertellife-partners.it) riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.



Da compilare se il Contraente è una persona giuridica.

**Dichiarazione resa dal Cliente, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007, ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del rapporto continuativo**

**Io sottoscritto** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME

in qualità di Legale Rappresentante/delegato del Contraente del presente Modulo di proposta - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Cliente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta, **fornisco** di seguito, in conformità a quanto previsto dagli Articoli 18 e 21 del citato D.Lgs. 231/2007, sotto la mia personale responsabilità, **i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo** sulla base dei criteri di cui al sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Società l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

**1° Titolare Effettivo**

COGNOME	NOME		SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI RESIDENZA E N. CIVICO	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRESSO (facoltativo)	<input type="text"/>		

Tipo di documento:  01 Carta d'identità  02 Patente auto  03 Passaporto italiano

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SI  NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**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)



## 2° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
		CODICE FISCALE <input type="text"/>
CITTADINANZA <input type="text"/>	SECONDA CITTADINANZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
		PROV <input type="text"/>
PRESSO (facoltativo) <input type="text"/>		

Tipo di documento: 01 Carta d'identità 02 Patente auto 03 Passaporto italiano

Numero documento <input type="text"/>	Data rilascio <input type="text"/>	Data scadenza <input type="text"/>	Ente e località rilascio <input type="text"/>
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 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".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

## 3° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
		CODICE FISCALE <input type="text"/>
CITTADINANZA <input type="text"/>	SECONDA CITTADINANZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
		PROV <input type="text"/>
PRESSO (facoltativo) <input type="text"/>		

Tipo di documento: 01 Carta d'identità 02 Patente auto 03 Passaporto italiano

Numero documento <input type="text"/>	Data rilascio <input type="text"/>	Data scadenza <input type="text"/>	Ente e località rilascio <input type="text"/>
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### 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".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)



**4° Titolare Effettivo**

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA		SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
INDIRIZZO DI RESIDENZA E N. CIVICO		COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PRESSO (facoltativo)					
<input type="text"/>					

Tipo di documento:  01 Carta d'identità  02 Patente auto  03 Passaporto italiano

Numero documento  Data rilascio  Data scadenza  Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)  SÌ  NO

Rapporto con il Contraente:

Appartenente al nucleo familiare  Rapporto di lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**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".

SÌ  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Documento aggiornato a settembre 2016

**DOPO LA COMPILAZIONE LA PROPOSTA DEVE ESSERE FOTOCOPIATA IN N. 2 ESEMPLARI**



Genertellife Partners è un marchio commerciale di Genertellife 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