

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Prodotto: Assicurazione Vita Genertel
Data di aggiornamento: 13/07/2026

Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Genertel S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali con sede legale in Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste - ITALIA; recapito telefonico: +39 040 202020; sito internet: www.genertel.it; indirizzo di posta elettronica: hd.brokervita@genertel.it indirizzo PEC: genertel@pec.genertel.it ed è iscritta al numero 1.00012 dell'Albo delle imprese di assicurazione. Patrimonio netto al 31/12/2025: € 448.505.015 euro di cui risultato economico di periodo € -36.685.071. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

Indice di solvibilità 2025 (solvency ratio): 257% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa vigente). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.genertel.it

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Le esclusioni per specifiche cause di decesso sono riportate nel DIP Vita.

Limitazioni

Nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (periodo di carenza), la copertura è attiva solo in caso di decesso per le seguenti cause (sopravvenute dopo l'entrata in vigore):

- una malattia infettiva acuta o shock anafilattico e
- infortunio, fatta eccezione per quanto indicato nelle esclusioni

La carenza viene eliminata se l'assicurato si sottopone a visita medica, accettandone modalità e oneri per l'esecuzione.

COPERTURE COMPLEMENTARI

a) Prestazioni in caso di decesso da infortunio o incidente stradale - Extra Capitale

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, la copertura complementare non opera:

- in caso di contaminazione chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- in caso di ubriachezza, intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- se le lesioni che hanno causato il decesso hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione.

Limitazioni

La copertura complementare non opera se il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

b) Prestazione in caso di Invalidità Totale Permanente

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, la copertura complementare non opera se l'invalidità totale permanente è direttamente o indirettamente derivante da:

- ubriachezza, intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;

- malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto e non dichiarati in fase assuntiva.

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

c) Prestazione in caso di Malattie Gravi

Esclusioni

Sono esclusi: i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni o non-invasivi; tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (Tis) o carcinomi papillari non-invasivi (Ta), inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3; tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose, che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti; melanomi istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0; tumori della vescica istologicamente descritti come in stadio uguale o inferiore a T1N0M0; leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1; tumori in presenza del virus HIV.

Sono esclusi: attacchi ischemici transitori; incidenti che portino solo a cambiamenti nella memoria o nella personalità; sintomi cerebrali dovuti a emicrania; lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia; una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio o il nervo ottico o il sistema vestibolare.

Sono esclusi: angina pectoris e altre sindromi coronariche acute.

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

d) Prestazione in caso di Infortunio e Invalidità

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, la copertura complementare non opera se l'infortunio o invalidità è direttamente o indirettamente derivante da:

- ubriachezza, intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;
- malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto.

Limitazioni

Non sono previste limitazioni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Assicurazione Vita Genertel è un prodotto assicurativo rivolto a clienti retail o professionali con un bisogno di protezione.



Quali costi devo sostenere?

Costi sul premio dell'assicurazione principale

Caricamenti sul premio	importo/percentuale
Cifra fissa	€ 25,00
Caricamento percentuale per durate da 5 a 9 anni	15,00%
Caricamento percentuale per durate da 10 a 19 anni	12,50%
Caricamento percentuale per durate da 20 a 30 anni	10%

In caso di frazionamento del premio, non si applica alcun costo di frazionamento.

Costi sul premio della copertura complementare facoltativa Extra Capitale per decesso da infortunio o incidente stradale

Non previsti.

Costi sul premio della copertura complementare facoltativa Invalidità Totale Permanente

Caricamenti sul premio	percentuale
Caricamento percentuale per durate da 5 a 9 anni	15,00%
Caricamento percentuale per durate da 10 a 19 anni	12,50%
Caricamento percentuale per durate da 20 a 30 anni	10%

Costi sul premio della copertura complementare facoltativa Malattie Gravi

Caricamento percentuale pari al 10%.

Costi sul premio della copertura complementare facoltativa Infortunio e Invalidità

Caricamento percentuale pari al 30%.

Se è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, il relativo costo - pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'assicurato stesso - è a carico del contraente.

Costi per l'esercizio delle opzioni

L'esercizio di tutte le opzioni è gratuito.

Costi di intermediazione

Non previsti.	
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata a Genertel S.p.A. – Tutela Rischi – Unità Quality - Via Machiavelli, 4 34132 Trieste; • tramite il sito internet della Compagnia www.genertel.it nella sezione Reclami; - via e-mail all'indirizzo reclami@genertel.it La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Servizio Tutela Rischi - Unità Quality. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (Indicare quando obbligatori):	
Arbitro assicurativo	E' obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	E' obbligatorio ricorrere alla mediazione prevista dalla legge come condizioni di procedibilità per le controversie in materia assicurativa. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC genertel@pec.genertel.it o presso la Sede Legale di Genertel. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	E' possibile ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato a Genertel.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<u>Procedura FIN-NET</u> per la risoluzione delle liti transfrontaliere. E' possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net-it)
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Si riporta di seguito il trattamento fiscale che ai sensi della legge italiana si applica al contratto. Questo trattamento dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, se diverso) e può anche essere modificato in futuro. Detrazione fiscale dei premi Il premio dà diritto a una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente per la parte afferente al rischio di decesso; per la parte afferente al rischio di malattia grave, in quanto le malattie gravi oggetto della copertura danno origine a invalidità permanente non inferiore al 5%; e per la parte afferente all'invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%). Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'assicurato, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. La parte di premio destinata alla copertura infortuni non risulta detraibile. Imposta sui premi relativi alle coperture complementari infortuni e malattie I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni e malattie sono soggetti a una imposta del 2,50%. Tassazione delle prestazioni assicurate Le somme dovute da Genertel in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni; se pagate a persone giuridiche costituiscono reddito d'impresa.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link oblio-oncologico.pdf.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO CON LE SEGUENTI FUNZIONALITA': VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI; CONSULTARE LE PRESTAZIONI ASSICURATE;	

VISUALIZZARE E SCARICARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; VERSARE I PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO; CONSULTARE LO STATO DI VERSAMENTO DEI PREMI E RELATIVE SCADENZE; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY.