

PROFILO CLIENTE N.

MODULO DI PROPOSTA N.

STIPULATA IL

**Contraente**

COGNOME

NOME

SESSO

 M  F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

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

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

 SÌ NO

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

Ricopro cariche pubbliche diverse da P.E.P.:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)

TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA

**Assicurando (quando diverso dal Contraente)**

COGNOME

NOME

SESSO

 M  F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

**Estremi del documento e dati integrativi del Contraente**

Tipo documento

 01Carta  
d'identità 02Patente  
auto 03

Passaporto

 04Porto  
d'armi

Numero documento

Data rilascio

Valido fino al

Autorità e località rilascio

CAB

Sottogruppo attività

 Tab. 1

Gruppo attività

 Tab. 2

**Dati dell'Esecutore per conto del Contraente**

COGNOME	NOME			SESSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV	NAZIONE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE	CAP	PROV	NAZIONE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
NAZIONE DI CITTADINANZA	NAZIONE DI SECONDA CITTADINANZA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**Documento identificativo:**

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

**Attività lavorativa:**

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

**Altre informazioni:**

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE	DOCUMENTO ATTESTANTE I POTERI DI RAPPRESENTANZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**Caratteristiche contrattuali**Nome tariffa 

Durata contratto: a vita intera

Premio unico €  (minimo € 5.000,00 e massimo € 150.000,00)**Altre informazioni sul Contraente**

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE

FASCIA DI REDDITO DEL CONTRAENTE

PATRIMONIO COMPLESSIVO

SCOPO RAPPORTO

ORIGINE DELLE SOMME VERSATE

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Le somme versate sono in giacenza da più di 30 gg:  **SI**  **NO****Titolare Effettivo del rapporto continuativo**

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

**Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all' Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo.**

**Versamento del premio di perfezionamento**

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

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario effettuato da:

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

**Beneficiari CASO MORTE**

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/> email _____		<input type="checkbox"/> telefono _____	
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____			

FAC-SIMILE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE REGISTRAZIONE		LUOGO REGISTRAZIONE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/> email _____		<input type="checkbox"/> telefono _____	
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____			

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

<input type="checkbox"/> <b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>G*</b>		COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>	% BENEFICIO <input type="text"/>
		DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE <input type="text"/>	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)** <input type="text"/>	PROVINCIA** <input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE <input type="text"/>		COMUNE SEDE LEGALE <input type="text"/>	PROVINCIA SEDE LEGALE <input type="text"/>	
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA) <input type="text"/>		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE <input type="text"/>		
ENTE REGISTRAZIONE <input type="text"/>		LUOGO REGISTRAZIONE <input type="text"/>		

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

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:

email  telefono  
 indirizzo di corrispondenza

\* Persona diversa da fisica. \*\* Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

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

Gli eredi 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 coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	<input type="checkbox"/> <b>C</b>	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> <b>D</b>		
I figli nati e natiuri 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>		

\* Scelta possibile solo se il Contraente è diverso dall'Assicurato.

**Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.**

**In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.**

**La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.**

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE   
 email  telefono  
 indirizzo di corrispondenza

**Titolare effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)****1° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME				NOME			
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO				
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO					
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE							

**2° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME				NOME			
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO				
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO					
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE							

**3° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME				NOME			
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO				
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO					
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE							

**4° TITOLARE EFFETTIVO**

COGNOME				NOME			
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO				
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO					
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE							

### Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

### Recesso dal contratto

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

### I miei consensi privacy

#### Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'informativa, proseguendo, AUTORIZZO Genertel/life a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

#### Consensi commerciali e di profilazione commerciale (facoltativi)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel/life e Genertel;

Acconsento                       Non acconsento

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Acconsento                       Non acconsento

**Dichiarazioni del Contraente o suo Esecutore**

**LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.**

Il sottoscritto Contraente, o suo Esecutore:

- **Dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della conclusione del contratto, il set informativo che si compone del Documento contenente le informazioni chiave (KID), del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo IBIP) per i prodotti di investimento assicurativo, delle Condizioni di assicurazione comprensive delle Definizioni e del Fac-simile del Modulo di Proposta.**
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o devesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiara di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, sono necessari per la valutazione di adeguatezza della presente Proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative da me manifestate.
- Dichiara di essere stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza reso, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato in quanto adeguato rispetto alla mia tolleranza al rischio e alla mia capacità di sostenere le perdite, tenuto conto delle informazioni da me fornite alla Compagnia con particolare riguardo alla mia esperienza e conoscenza nell'ambito dell'investimento rilevante per tipo di prodotto, alla mia situazione finanziaria, ai miei obiettivi di investimento.
- Dichiara di aver ricevuto il modulo conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS 40/2018, relativo alle informazioni da rendere al Contraente, nei casi previsti dalla normativa vigente, prima della conclusione del contratto.
- Dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. contenuta nel set informativo e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarmi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese.

**X**

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

**X**

Firma Contraente (o Esecutore)



**Dichiarazione U.S. Person e CRS****F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)**

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

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

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

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore per conto del Contraente)

**CRS (Common Reporting Standard)**

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

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

**Dichiarazione CRS del Contraente:** (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

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

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ Codice identificativo fiscale estero del soggetto \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore per conto del Contraente)

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

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze.

**Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:**

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

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

- Sì
- NO

**Firme di sottoscrizione**

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

**Note**