

**MODULO DI PROPOSTA/POLIZZA "CHEBANCA! YELLOW LIFE 5" N. \_\_\_\_\_**
**ASSICURAZIONE CASO MORTE A VITA INTERA A PREMIO UNICO  
tariffa 80500**

Convenzione \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE PERSONA FISICA (persona fisica con età minima 18 anni)**

Nome		Cognome		Sesso	
Nato/a a:	Prov.	Paese	il	CF	
Nazione di cittadinanza		Seconda Cittadinanza			
Indirizzo di residenza			Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese		
Tel.					
Domicilio			Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese		
Indirizzo di corrispondenza			Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese		
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)				Documento N.	
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio		
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta):		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>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 familiari, sulla base dei criteri di cui all'articolo 1 del D.Lgs. 231/2007.</b>					
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: _____ <small>(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)</small>					
Codice professione _____					
Precedente professione (se pensionato): _____			Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) _____		
Paese attività prevalente (se diverso da Italia) _____					

**CONTRAENTE DIVERSO DA PERSONA FISICA**

Denominazione \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Tipologia di Società: \_\_\_\_\_

Se No Profit o strutture analoghe, indicare la categoria dei soggetti che beneficiano di tale attività: \_\_\_\_\_

Provincia attività economica prevalente: \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede Legale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Data di costituzione \_\_\_\_\_ Provincia di costituzione \_\_\_\_\_

Indirizzo Sede Operativa \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_ Presso (facoltativo) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Ente e Luogo di registrazione in albi obbligatori \_\_\_\_\_ Numero di registrazione \_\_\_\_\_

Paese sede dell'attività economica prevalente \_\_\_\_\_

Paese sede legale della capogruppo \_\_\_\_\_

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

Primo paese estero con cui si intrattengono relazioni commerciali: \_\_\_\_\_

Secondo paese estero con cui si intrattengono relazioni commerciali: \_\_\_\_\_

Terzo paese estero con cui si intrattengono relazioni commerciali: \_\_\_\_\_

**PROFILO ECONOMICO DEL CONTRAENTE**

Fascia di reddito / fatturato complessivo in Euro: \_\_\_\_\_

Patrimonio complessivo in Euro: \_\_\_\_\_

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

Stima controvalore beni conferiti/capitale versato\*: Euro \_\_\_\_\_

\* Da compilare con riferimento alla sola persona non fisica.

**DATI DELL'EVENTUALE ESECUTORE PER CONTO DEL CONTRAENTE**

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. Legale Rappresentante o Procuratore).

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Nazione di cittadinanza \_\_\_\_\_ Seconda Cittadinanza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto) \_\_\_\_\_ Documento N. \_\_\_\_\_

Data rilascio \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_ Ente rilascio \_\_\_\_\_ Località rilascio \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore: \_\_\_\_\_

Codice professione \_\_\_\_\_

Precedente professione (se pensionato): \_\_\_\_\_ Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) \_\_\_\_\_

Paese attività prevalente (se diverso da Italia) \_\_\_\_\_

TAE \_\_\_\_\_

**Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (Tv) - Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro Imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - 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.it - 800 018011**

## DATI DELL'ASSICURANDO (solo se diverso dal contraente)

Nome	Cognome			Sesso
Nato/a a:	Prov.	Paese	il	CF
Indirizzo				
Comune	CAP		Prov.	Paese
Nazione di Cittadinanza			Seconda cittadinanza	
Domicilio				
Comune	CAP		Prov.	Paese
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)			Documento N.	
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio	
Rapporto con il Contraente: _____				
Motivazione dell'individuazione di un Assicurato diverso dal Contraente: _____				

## CARATTERISTICHE DELL'INVESTIMENTO

**Premio Unico €** \_\_\_\_\_ (min € 1.000,00) al netto delle spese di emissione pari a € 10,00

Caricamento applicato: \_\_\_\_\_ %

Indicare la linea prescelta:

- LINEA PRUDENTE  
 LINEA EQUILIBRATA  
 LINEA DINAMICA

**Mezzo di pagamento del premio di sottoscrizione:**

Addebito sul conto corrente bancario. Autorizzo fin d'ora CheBanca! ad addebitare l'importo dovuto il conto corrente a me intestato/cointestato con IBAN \_\_\_\_\_ con la valuta prevista per la presente operazione e a bonificare contestualmente l'importo a Genertellife S.p.A.

## DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Società (Genertellife S.p.A.) o per il tramite dell'Intermediario. Il recesso ha effetto al momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio versato al netto delle spese di emissione.

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RELATIVO ALLA PROPOSTA/POLIZZA N° \_\_\_\_\_

Gentile Contraente, il presente Questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, tutte le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze; la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione dell'adeguatezza da parte dell'Intermediario.

Orizzonte temporale che ho previsto per questo contratto:

- Breve (da 0 a 3 anni)  
 Medio (da 4 a 7 anni)  
 Lungo (oltre 7 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:

- SI  NO

Codice Rischio \_\_\_\_\_

Metatitolo \_\_\_\_\_

NDG \_\_\_\_\_

## BENEFICIARI CASO MORTE

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	Cognome e Nome / Denominazione	Codice fiscale	% Beneficio
			Data di nascita / costituzione	Comune di nascita (o stato estero)**	Provincia**
Indirizzo Sede Legale			Comune Sede Legale		Provincia Sede Legale
Paese Sede Legale (se diverso da Italia)			Numero iscrizione Registro delle Imprese o Registro persone giuridiche		
Ente e Luogo di registrazione					
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rapporto con il Contraente: _____					
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:					
<input type="checkbox"/> email		<input type="checkbox"/> telefono			
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	Cognome e Nome / Denominazione	Codice fiscale	% Beneficio
			Data di nascita / costituzione	Comune di nascita (o stato estero)**	Provincia**
Indirizzo Sede Legale			Comune Sede Legale		Provincia Sede Legale
Paese Sede Legale (se diverso da Italia)			Numero iscrizione Registro delle Imprese o Registro persone giuridiche		
Ente e Luogo di registrazione					
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rapporto con il Contraente: _____					
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:					
<input type="checkbox"/> email		<input type="checkbox"/> telefono			
<input type="checkbox"/> indirizzo di corrispondenza _____					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	Cognome e Nome / Denominazione	Codice fiscale	% Beneficio
			Data di nascita / costituzione	Comune di nascita (o stato estero)**	Provincia**
Indirizzo Sede Legale			Comune Sede Legale		Provincia Sede Legale
Paese Sede Legale (se diverso da Italia)			Numero iscrizione Registro delle Imprese o Registro persone giuridiche		
Ente e Luogo di registrazione					
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rapporto con il Contraente: _____					
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 _____					

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

- Il Contraente (se diverso dall'Assicurato)
- Gli eredi legittimi dell'Assicurato

In caso di successione testamentaria, per "eredi legittimi" si intendono coloro che sarebbero stati tali in assenza di testamento.

**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 _____	
<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.

## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Rapporto con il Contraente: \_\_\_\_\_

FAC SIMILE

**Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo**

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Proposta/Polizza (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

Investimento     Risparmio     Protezione

Origine delle somme versate: \_\_\_\_\_

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

Le somme versate sono in giacenza presso conto corrente bancario o postale 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.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presenta richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int., in apposito modulo in calce alla presente richiesta.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di proposta/polizza denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica ad eccezione delle società quotate su un mercato regolamentato e degli uffici di Pubblica Amministrazione.

**Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all'Informativa sui rischi 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.**

DICHIARAZIONE RESA DALL'ESECUTORE, AI SENSI DEL D.LGS. N. 231 DEL 21.11.2007 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI, AI FINI DELL'IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO CONTINUATIVO

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presenta richiesta - 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. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta/polizza - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., 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 all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sopra richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

**1° Titolare Effettivo del Contraente**

Nome	Cognome		Sesso
Nato/a a:	Prov.	Paese	il
Codice fiscale	Nazione di cittadinanza	Seconda cittadinanza	
Indirizzo di residenza	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Domicilio	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)			
Documento N.			
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: _____ (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)			
Codice professione _____ TAE _____			
Precedente professione (se pensionato): _____ Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) _____			
Paese attività prevalente (se diverso da Italia) _____			
<b>Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):</b>			
<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)		
<input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Fiduciante		
<input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %	<input type="checkbox"/> Beneficiario individuato		
<input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante	<input type="checkbox"/> Disponibile/Fondatore		
Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.			

**2° Titolare Effettivo del Contraente**

Nome	Cognome		Sesso
Nato/a a:	Prov.	Paese	il
Codice fiscale	Nazione di cittadinanza	Seconda cittadinanza	
Indirizzo di residenza	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Domicilio	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)			
Documento N.			
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: _____ (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)			
Codice professione _____ TAE _____			
Precedente professione (se pensionato): _____ Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) _____			
Paese attività prevalente (se diverso da Italia) _____			
<b>Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):</b>			
<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)		
<input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Fiduciante		
<input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %	<input type="checkbox"/> Beneficiario individuato		
<input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante	<input type="checkbox"/> Disponibile/Fondatore		
Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.			

**3° Titolare Effettivo del Contraente**

Nome	Cognome		Sesso
Nato/a a:	Prov.	Paese	il
Codice fiscale	Nazione di cittadinanza	Seconda cittadinanza	
Indirizzo di residenza	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Domicilio	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)			
Documento N.			
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: _____ (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)			
Codice professione _____ TAE _____			
Precedente professione (se pensionato): _____ Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) _____			
Paese attività prevalente (se diverso da Italia) _____			
<b>Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):</b>			
<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)		
<input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Fiduciante		
<input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %	<input type="checkbox"/> Beneficiario individuato		
<input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante	<input type="checkbox"/> Disponibile/Fondatore		
Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.			

**4° Titolare Effettivo del Contraente**

Nome	Cognome		Sesso
Nato/a a:	Prov.	Paese	il
Codice fiscale	Nazione di cittadinanza	Seconda cittadinanza	
Indirizzo di residenza	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Domicilio	Presso (facoltativo)		
Comune	CAP	Prov.	Paese
Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto/Passaporto)			
Documento N.			
Data rilascio	Data scadenza	Ente rilascio	Località rilascio
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: _____ (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)			
Codice professione _____ TAE _____			
Precedente professione (se pensionato): _____ Provincia attività prevalente (se diversa da residenza) _____			
Paese attività prevalente (se diverso da Italia) _____			
<b>Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):</b>			
<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)		
<input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____ %	<input type="checkbox"/> Fiduciante		
<input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al _____ %	<input type="checkbox"/> Beneficiario individuato		
<input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante	<input type="checkbox"/> Disponibile/Fondatore		
Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.			



## DICHIARAZIONI

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

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore per conto del Contraente):

• Dichiaro di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente Proposta/Polizza, 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 Modulo di Proposta/Polizza e di aver scelto per la loro consegna:

la trasmissione in formato elettronico all'indirizzo mail \_\_\_\_\_  il supporto cartaceo

• Dichiaro  di dare  di NON dare

il proprio consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nel corso del rapporto contrattuale all'indirizzo di posta elettronica valido e in uso sopra riportato, impegnandosi a comunicare a Genertellife S.p.A. o all'intermediario ogni variazione dell'indirizzo indicato. La scelta effettuata vale per tutti i contratti già sottoscritti in precedenza e può essere cambiata in qualsiasi momento.

• Dichiaro 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 derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta/Polizza 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. Dichiaro 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. Dichiaro, infine, che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.

• Dichiaro di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione Tariffa \_\_\_\_\_ / CheBanca! Yellow Life 5 con particolare riferimento alle condizioni di carenza.

• Dichiaro di essere stato informato in merito alla valutazione effettuata dal distributore sulla coerenza della presente Proposta/Polizza rispetto alle esigenze assicurative da me manifestate, in conformità alle vigenti disposizioni.

• Proscioglio dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta/Polizza, 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 riguardano, 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 Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.

• Dichiaro, in particolare, di aver attentamente letto le Condizioni di Assicurazione riguardanti le prestazioni in tutte le polizze assicurate e di essere consapevole del fatto che, relativamente a tali prestazioni, l'Impresa di assicurazione non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo e che pertanto il contratto comporta rischi finanziari per il Contraente riconducibili all'andamento del valore delle quote stesse.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Contraente o Esecutore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente), dichiara:

• che i dati riportati in polizza sono corretti.

• di prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di proposta/polizza, 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 riguardano, 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI RISERVATE AL COLLEGAMENTO MEDIANTE SERVIZIO CLIENTI

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore):

dichiara che, a seguito del contatto telefonico con l'addetto al Servizio Clienti, previo proprio consenso, gli sono state fornite tutte le informazioni previste dall'art. 73 comma 1 Regolamento Ivass n. 40/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Contraente o Esecutore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore) può accettare che, prima di essere vincolato dal contratto di assicurazione a distanza, riceverà dalla Banca tramite supporto elettronico la documentazione precontrattuale sopra indicata.

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore) dichiara  di aver dato  di NON aver dato

il proprio consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nel corso del rapporto contrattuale all'indirizzo di posta elettronica valido e dichiarato, impegnandosi a comunicare a Genertellife S.p.A. o all'intermediario ogni variazione dell'indirizzo indicato. La scelta effettuata vale per tutti i contratti già sottoscritti in precedenza e può essere cambiata in qualsiasi momento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Contraente o Esecutore \_\_\_\_\_

#### Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali (1), da Lei forniti o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertellife S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza (2);
  - (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (2)
  - (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati; (2)
  - (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative (2);
  - (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere.
- La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

#### Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) 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 e Genertellife;
- 2) 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 dalla Società del Gruppo Generali.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato conferimento non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

#### Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi al particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Questo precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertellife S.p.A., Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto; e-mail: [privacy@genertellife.it](mailto:privacy@genertellife.it) oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "[RPD.it@generali.com](mailto:RPD.it@generali.com)" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "R.P.D. Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa, 14, 31021.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiorati da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

#### Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE (3).

#### Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

#### Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia [www.genertellife.it](http://www.genertellife.it).

Il sito **www.genertellife.it** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della Compagnia, tra cui la policy sull'utilizzo dei cookie di profilazione, impiegati per migliorare l'esperienza di navigazione sul sito e sull'app e per promuovere prodotti e servizi. Accettando la cookie policy presente nel banner, Lei autorizza Genertellife all'uso dei cookie e al loro trasferimento ai nostri partner di tracking on line, che per la Compagnia eseguono i seguenti trattamenti:

- tracciano le visite al sito e all'app dalle differenti fonti per controllarne il corretto funzionamento (per es. dove si interrompe il processo di preventivazione) e per finalità statistiche (le pagine più viste, i device più utilizzati, ecc), per servizi pubblicitari e di profilazione;
- supportano l'attività di accertamento della responsabilità in caso di eventuali illeciti, in particolare di natura informatica, ai danni del sito, dell'app o dei clienti della Compagnia;
- personalizzano i contenuti del sito web e dell'app in funzione della navigazione dell'utente e del suo comportamento.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia – UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale, Motorizzazione Civile, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consorzi (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I MIEI CONSENSI PRIVACY

**Consenso contrattuale (obbligatorio)**

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Genertellife 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.

Autorizzo

**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 Genertellife e Genertel;

Autorizzo  Non autorizzo

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.

Autorizzo  Non autorizzo

FIRME DI SOTTOSCRIZIONE

Luogo e data

Firma Contraente (o Esecutore)

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

© LMD srl - grafica

FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA/POLIZZA

La presente proposta/polizza è accettata dalla Compagnia e gli effetti della stessa decorreranno dal giorno di valorizzazione così come descritto dalle Condizioni di Assicurazione.

Genertellife S.p.A.

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O ESECUTORE PER CONTO DEL CONTRAENTE (se diverso dal Contraente)

Nel confermare la regolare acquisizione della presente richiesta ed inviandola alla Compagnia, attesto che la stessa è stata correttamente compilata, che le firme sopra riportate sono state apposte correttamente dagli interessati e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di avere identificato correttamente, anche ai sensi del D. LGS 231 del 21 novembre 2007 e succ. mod. e int., i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Codice Operatore

IS/FS/AD

Firma Operatore

FAC SIMILE