

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.**

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

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

**Professione:** \_\_\_\_\_

**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

## Dati dell'eventuale Esecutore per conto del Contraente

COGNOME

NOME

SESSO

 M  F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV. PAESE

CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV. PAESE

## Estremi del documento e dati integrativi del Contraente

Tipo documento

 01

Carta d'identità

 02

Patente auto

 03

Passaporto

 04

Porto d'armi

Numero documento

Data rilascio

Valido fino al

Autorità e località rilascio

CAB

Sottogruppo attività

 Tab. 1

Gruppo attività

 Tab. 2

## Caratteristiche contrattuali

**Nome tariffa**


Durata contratto

cifre
lettere



(minimo 5 anni e massimo 20 anni)

 Premio unico ricorrente annuale

(minimo € 1.200,00 e massimo € 24.000,00)

 Premio unico ricorrente mensile

(minimo € 100,00 e massimo € 2.000,00)

**Altre informazioni sul Contraente**

Fascia di reddito del Contraente: \_\_\_\_\_

Scopo rapporto: \_\_\_\_\_

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

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

**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.**

**Modalità di pagamento**

Premio unico ricorrente iniziale:

- Bonifico bancario  
 Carta di Credito

Premi unici ricorrenti successivi:

- Bonifico bancario  
 SDD (da utilizzare sempre in caso di frazionamento mensile)

## Beneficiari CASO VITA

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	% 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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Il contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:  SÌ  NO

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	% 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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Il contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:  SÌ  NO

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	% 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"/>

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

Rapporto tra il Beneficiario e il Contraente:  Affettivo  Lavoro / Affari  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_  telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_

Il contraente desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario indicato in forma nominativa prima dell'evento:  SÌ  NO

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

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

L'Assicurato stesso;

Il Contraente o, se premorto, l'Assicurato;

I figli nati e nati del'Assicurato, con diritto di accrescimento fra di loro o, se premorti, l'Assicurato stesso;

I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento fra di loro o, se premorti, l'Assicurato stesso;

Il coniuge dell'Assicurato o, se premorto, l'Assicurato stesso.

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

**Beneficiari CASO MORTE**

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	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"/>
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 tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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 <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"/>
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 tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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 <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"/>
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 tra il Beneficiario e il Contraente: <input type="checkbox"/> Affettivo <input type="checkbox"/> Lavoro / Affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____					
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.

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;	<input type="checkbox"/> <b>H</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 e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	<input type="checkbox"/> <b>L</b>
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> <b>D</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>		

\* 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

### 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.

### Condizioni di garanzia

La sottoscritta Società GenertelLife S.p.A. accorda col presente Atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno di 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.

Il presente certificato diverrà nullo e privo di effetti:

- dal momento dell'emissione della Polizza, nel qual caso la copertura proseguirà e l'importo sopraindicato 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.



**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

**Dichiarazione del Contraente**

**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:

- **Dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione della presente Proposta, 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 del Glossario e del fac-simile del Modulo di Proposta.**
- 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 resomi, in merito al fatto che il prodotto propostomi 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 Contraente (o Esecutore)

**Dichiarazione U.S. Person del Contraente 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)

**Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo:**

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)

\_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore)

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Contraente (o Esecutore)

**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**

Documento aggiornato a gennaio 2019



**Genertelife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – tel. 041 5939701**  
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 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. - genertelife@pec.genertelife.it – www.genertelife.it