

PROFILO CLIENTE N.	MODULO DI PROPOSTA N.	STIPULATA IL	CONVENZIONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)	LOCALITÀ	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZIONE DI CITTADINANZA	NAZIONE DI SECONDA CITTADINANZA	PROV. NAZIONE
<input type="text"/>	<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="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.

Assicurando (quando diverso dal 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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA		LOCALITÀ	CAP	PROV	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-MAIL		RECAPITO TELEFONICO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente

Tipo documento	<input type="checkbox"/> 01 Carta d'identità	<input type="checkbox"/> 02 Patente auto	<input type="checkbox"/> 03 Passaporto	<input type="checkbox"/> 04 Porto d'armi	Numero documento
					<input type="text"/>
Data rilascio	Valido fino al	Autorità e località rilascio	CAB	Sottogruppo attività	Gruppo attività
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Tab. 1	<input type="text"/> Tab. 2

Dichiarazioni Antiriciclaggio

 Il Contraente dichiara di essere P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SI 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)

TIPO PROFESSIONE	TIPO ATTIVITÀ ECONOMICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PRECEDENTE PROFESSIONE (SE PENSIONATO)		
<input type="text"/>		
PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FASCIA DI REDDITO DEL CONTRAENTE	PATRIMONIO COMPLESSIVO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
SCOPO RAPPORTO	ORIGINE DELLE SOMME VERSATE	PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Le somme versate sono in giacenza da più di 30 gg: SI NO

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa

Soggetto fumatore: SI NO

Adesione al Care Program alla sottoscrizione: SI NO

Capitale assicurato €

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | } Garanzia Extracapitale per decesso da infortunio | € <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | | } Garanzia Extracapitale per decesso da incidente stradale |
| <input type="checkbox"/> | Garanzia Invalidità Totale Permanente | € <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Garanzia Malattie Gravi | € <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | } Garanzia Infortunio | € <input type="text"/> (massimale) |
| <input type="checkbox"/> | | } Garanzia Infortunio con Invalidità \geq 25% |

Durata copertura cifre lettere La durata pagamento premi coincide con la durata della copertura.

Frazionamento del premio: 01 annuale 02 semestrale 12 mensile

Rata di perfezionamento € Premio annuo €

Altre informazioni sul Contraente

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 iniziale:

- Bonifico bancario
 Carta di Credito
 (solo in caso di premio annuo pari o inferiore a € 1.000)

Premi successivi:

- SDD
 MAV

In caso di terzo pagatore, il premio iniziale potrà essere corrisposto con bonifico bancario o carta di credito intestati a:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	RAPPORTO CON IL CONTRAENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se il metodo pagamento premi successivi è "SDD":

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

IBAN: Banca:

Intestato a: Riferimento del mandato:

Azienda creditrice:

Nome/ragione sociale: Genertel*life* S.p.A.

Codice Fiscale: 00979820321

Codice identificativo: IT030010000000979820321

Indirizzo: via E. Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV), ITALIA

L'intestatario del conto autorizza Genertel*life* S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Genertel*life* S.p.A. L'intestatario del conto ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Questionario Sanitario Assicurando

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- 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;
- prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

ALTEZZA _____	PESO _____	Fumo o ho smesso di fumare da meno di 2 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° sigarette _____
---------------	------------	--	---	--------------------

1. Le è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Il suo peso ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni? (Escluso stato di gravidanza)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Soffre o ha sofferto di malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.1 Soffre o ha mai sofferto di Iperensione?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PA ≤ 140/90 <input type="checkbox"/> 140/90 < PA < 160/100 <input type="checkbox"/> PA ≥ 160/100
3.2 Soffre o ha mai sofferto di Ipercolesterolemia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RAPPORTO < 5 <input type="checkbox"/> 5 ≤ RAPPORTO < 6 <input type="checkbox"/> 6 ≤ RAPPORTO < 7 <input type="checkbox"/> RAPPORTO ≥ 7
3.3 Soffre o ha mai sofferto di Diabete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.4 Soffre o ha mai sofferto di Ipotiroidismo con assunzione di Eutirox o affini?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.5 Soffre o ha mai sofferto di Schizofrenia, Depressione Maggiore o Depressione Bipolare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.6 Soffre o ha mai sofferto di altre malattie Psiciche e/o malattie Neurologiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.7 Soffre o ha mai sofferto di Tumore maligno, Angina Pectoris, Attacco Ischemico Transitorio, Ictus, Infarto Miocardico, Cirrosi Epatica, Infezione da HIV?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.8 Soffre o ha mai sofferto di altre malattie fisiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Dichiaro di fare uso abituale di farmaci? Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.1 Eutirox, farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.2 Farmaci per altre patologie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Abusa e/o ha mai fatto abuso in passato di alcol e/o fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 4 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica: vino 1 bicchiere 125 ml; birra a gradazione normale 1/2 pinta 300 ml; superalcolico 1 bicchierino 30 ml Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.1 Alcol	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.2 Sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.3 Cannabinoidi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. È stato ricoverato o prevede ricoveri anche in day-hospital per patologie o interventi chirurgici DIVERSI DA appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, emorroidectomia, deviazione del setto nasale, parto e/o aborto non collegato a malattia maligna, varicocele, asportazione di cisti e/o polipi benigni, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie, safenectomia, tumori cutanei benigni (nevo benigno, cheratosi, cheratoacantoma, istiocitoma, acantoma)? Se la risposta è SI:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.1 Da eseguire nei prossimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.2 Eseguiti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6.3 Eseguito da meno di 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>7. Ha effettuato o ha in programma di effettuare in un prossimo futuro accertamenti diagnostici quali RX, TC, RMN, ecografie per malattie o interventi chirurgici DIVERSI DA quelli elencati alla precedente domanda 6 o di normale prevenzione non dovuti da patologie? Se la risposta è SI: 7.1 Eseguiti 7.2 Da eseguire</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>8. Ha effettuato o ha in programma di effettuare procedure invasive come coronarografie, angiografie, endoscopie del tratto digerente, respiratorio o urinario? Per procedure invasive si intendono procedure eseguite a carico dell'apparato cardiovascolare (es angiografie, angioplastiche), digerente (es. gastroscopie, colonscopie, ecc), respiratorio (es. broncoscopie), urinario (es. cistoscopie). Se la risposta è SI: 8.1 Eseguiti 8.2 Da eseguire</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE

1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI

2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio

Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando, o Esecutore, dichiarano:

- a.** che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b.** che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c.** che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni contrattuali.

Data e luogo _____ _____ _____
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente (o Esecutore)

Revocabilità della proposta

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

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		

	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		

	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) SÌ 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"/> A	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato stesso;	<input type="checkbox"/> G
Il Contraente;	<input type="checkbox"/> B	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> H
Il Contraente o, se premorto, gli eredi legittimi dell'Assicurato*;	<input type="checkbox"/> C	Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato stesso, con diritto di accrescimento fra di loro.	<input type="checkbox"/> L
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato;	<input type="checkbox"/> D		
I figli nati e nascituri dell'Assicurato, con diritto di accrescimento fra di loro;	<input type="checkbox"/> E		
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"/> F		

* 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

NB: l'opzione "Instant Benefit" è attivabile solo nel caso in cui i Beneficiari sopra riportati siano indicati in modo puntuale (cognome, nome, codice fiscale); il Contact Plan verrà attivato solo nel caso in cui siano indicati correttamente i recapiti telefonici/indirizzi di residenza dei Beneficiari. La comunicazione di eventuali variazioni dei recapiti dei Beneficiari è a carico del Contraente.

Beneficiario caso vita per le garanzie: Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità (se selezionate in fase di sottoscrizione)

L'Assicurato

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						

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 / Assicurando, o Esecutore (ciascuno per quanto di propria competenza):

- **Dichiara di aver ricevuto il set informativo che si compone del Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) e del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi, delle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e del fac-simile del Modulo di Proposta.**
- Dichiara, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonchè gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti 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. Acconsente inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- Dichiara inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (iLove) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.
- Dichiara di essere a conoscenza del fatto che le analisi del "Care Program" saranno usate esclusivamente ai fini della sconti-stica. Le analisi non andranno ad integrare le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione e pertanto non saranno in nessun modo prese in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per la valutazione dell'eventuale sinistro.
- È consapevole che la mancata adesione al "Care Program" comporta la perdita del diritto allo sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione.
- Dichiara di essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, sono necessari per la valutazione di coerenza 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, sulla base delle informazioni rese alla Compagnia, in quanto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura da me indicati.
- 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.

_____ Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

_____ Firma Contraente (o Esecutore)

Dichiarazione di rifiuto di aderire al "Care Program" alla sottoscrizione

Io sottoscritto Contraente dichiara di non voler aderire al "Care Program" alla sottoscrizione e sono consapevole che questo mio rifiuto comporta il mancato sconto del 15% se non fumatore o 10% se fumatore, fino all'eventuale successiva adesione, così come descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

X _____
Firma Contraente (o Esecutore)

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

Firme di sottoscrizione

_____ X _____
Data e luogo Firma Contraente (o Esecutore)

_____ X _____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Documento aggiornato a gennaio 2020



Genertel/life 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 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. - genertellife@pec.genertellife.it – www.genertellife.it