



Assicurazione Vita

Assicurazione temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costante
per non fumatori di

Genertel*life* S.p.A.

Il presente Fascicolo informativo, contenente
Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.



Assicurazione temporanea caso morte
a capitale e a premio annuo costante **per non fumatori**

Tariffa V5 NF CB

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Genertellife S.p.A., società appartenente al Gruppo Generali;
- b) Sede Legale e Direzione Generale in Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA;
- c) Recapito telefonico: 041 5939611;
Sito Internet: www.genertellife-partners.it;
Indirizzo e-mail: genertellife@genertellife-partners.it;
- d) La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n° 1935 del 20.09.2001 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 228 del 01.10.2001) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione italiane al numero 1.00141.

Nell'homepage di www.genertellife-partners.it è possibile consultare eventuali aggiornamenti relativi a questo fascicolo informativo che non dipendano da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto della Compagnia, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari a 1.006,3 milioni di Euro di cui:
- 168,2 milioni relativi al capitale sociale e
- 838,1 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 156,11%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il limite minimo di durata del contratto è di 2 anni mentre quello massimo è di 20 anni.

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:

- **prestazioni in caso di decesso.**

Il presente contratto è riservato agli Assicurati non fumatori; si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per la definizione di Assicurato non fumatore.

Si rinvia all'Articolo 6 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia all'articolo 3 delle Condizioni di Polizza. Sulle prestazioni in caso di decesso è presente altresì un periodo di Carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato), per i cui dettagli si rinvia all'Articolo 5 delle Condizioni di Polizza.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premio

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed al loro ammontare, all'età dell'Assicurato nonché al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita.

Il presente contratto prevede il pagamento anticipato di premi annui di importo costante, da versare per tutta la sua durata attraverso bonifico bancario o addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.).

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Caricamenti	
Valore assoluto (cifra fissa)	Euro 2,00
Valore percentuale	25,00%

I costi percentuali sono applicati al premio al netto della cifra fissa.

AVVERTENZA: *il contratto prevede altri costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente qualora l'Assicurato desideri che non venga applicato al suddetto contratto un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (art.5 Condizioni di Polizza); il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla/dal struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'Assicurato.*

Caricamenti		Quota parte percepita dall'intermediario
Valore assoluto (cifra fissa)	Euro 2,00	0%
Valore percentuale	25,00%	100%

6. Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

Detrazione fiscale dei premi

La parte di premio afferente al rischio morte dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme liquidate dalla Compagnia in caso di sinistro sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8. Risoluzione del contratto per sospensione dei versamenti

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

AVVERTENZA: *in caso di sospensione del pagamento, il contratto si scioglie dopo trenta giorni dalla data stabilita per il versamento del premio. I premi già versati vengono acquisiti da Genertellife.*

Si rinvia agli articoli 9 e 10 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. Riscatto e riduzione

Il contratto non riconosce alcun valore di riduzione delle prestazioni e di riscatto.

10. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione, inviando una lettera raccomandata a: Che Banca! S.p.A. in Milano, Viale Bodio 37, Palazzo 4 - CAP 20158

indicando:

- la sua decisione di recedere;
- gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui accreditare le somme eventualmente già versate,

allegando:

- il Documento di Polizza con le eventuali Appendici.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione (fa fede il timbro postale); gli obblighi reciproci cessano invece quando la Compagnia riceve la comunicazione.

La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

11. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Si rinvia all'articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione indicante la documentazione che devono presentare, per ogni richiesta di liquidazione, il Contraente o il Beneficiario.

La Compagnia ha 30 giorni di tempo per effettuare il pagamento da quando riceve tutta la documentazione necessaria per la liquidazione.

Si richiama l'attenzione del Contraente in merito al fatto che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, e ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati mediante posta, telefax o e-mail all'Ufficio reclami della Società e devono contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'intermediario o del soggetto di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In Genertellife, la funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è: **Ufficio reclami - Funzione quality.**

Le modalità di presentazione dei reclami alla società ed i relativi recapiti sono i seguenti:

- Posta:
Genertellife S.p.A. Ufficio reclami - Funzione quality Via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV)
- Fax:
Genertellife S.p.A. Ufficio reclami - Funzione quality - Fax 041 5939797
- E-mail:
Genertellife S.p.A. Ufficio reclami - Funzione quality gestionereclami@genertellife-partners.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente

all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

È necessario ricorrere alla mediazione obbligatoria, in quanto prevista come condizione di procedibilità dalla legge per le controversie in materia assicurativa, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa. Le istanze vanno presentate per iscritto a Genertellife S.p.A. - Unità Affari Legali, Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - e-mail: affari.legali@genertellife.it.

15. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Qualora, in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta, il Contraente abbia dichiarato la professione svolta dall'Assicurato, eventuali, successivi, cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura del contratto;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) maggiorare il premio dovuto.

Nei casi b) e c), il Contraente ha quindici giorni per accettare o meno la variazione. Se il Contraente dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'Assicurazione di trattenere la quota di premio per il rischio corso nel periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto. Se il contraente non si pronuncia nei termini previsti, la modifica viene automaticamente registrata (art. 1926 c.c.).

16. Conflitto di interessi

La società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

Principi generali per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la società opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del gruppo.

La società individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

Con riferimento alla fase di progettazione dei prodotti, la Società definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Con riferimento alla fase di distribuzione dei prodotti, è vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto a parità di caratteristiche con un altro, o verso una determinata operazione in assenza di situazioni oggettive di mercato che la giustifichino. Al riguardo, la società non ha attualmente politiche di incentivazione differenziate rispetto a prodotti aventi le medesime caratteristiche.

Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

* * * *

Genertel/ife S.p.A è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Dott. Manlio Lostuzzi



Assicurazione temporanea caso morte
a capitale e a premio annuo costante **per non fumatori**

Tariffa V5 NF CB

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Premessa

Il presente contratto è disciplinato esclusivamente:

- dalle presenti Condizioni di Assicurazione;
- da quanto indicato nel Documento di Polizza e nelle eventuali Appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

Le parole scritte in Grassetto hanno il significato indicato nel “Glossario”.

INDICE

Cosa è assicurato	1
Cosa non è assicurato	1
Quale sarà il rimborso in caso di Sinistro.....	3
Cosa fare in caso di Sinistro	3
Condizioni Generali.....	4

COSA È ASSICURATO

Art. 1 - Rischio di decesso

Il rischio di decesso è oggetto della copertura assicurativa qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, salvo le **Esclusioni** di cui al successivo art. 3 e la **Carenza** di cui al successivo art. 5.

Art. 2 - Persone assicurabili

È assicurabile ogni persona fisica che, al momento della stipula del Modulo di Proposta, abbia un'età compresa fra i 18 ed i 60 anni e che, al momento della **Scadenza**, non superi gli 80 anni.

Definizione di Assicurato non fumatore

Il presente contratto è riservato agli Assicurati non fumatori.

Ai fini delle presenti coperture assicurative, l'Assicurato è considerato non fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia mediante lettera raccomandata.

In caso di sinistro la Compagnia verifica l'effettivo persistere nello stato di non fumatore dell'Assicurato, che deve preventivamente consentire alla Compagnia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto (Articolo 5 delle presenti Condizioni di Polizza) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'Assicurato (Art. 1893 c.c.).

Art. 3 - Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa dell'**Assicurato** o del **Beneficiario**;
- b) partecipazione dell'**Assicurato** a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'**Assicurato** ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'**Assicurato** non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'**Assicurato** si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'**Assicurato** in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'**Assicurato** non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; uso e guida di mezzi subacquei;
- f) incidente di volo, se l'**Assicurato** viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'**Assicurato** viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione della copertura;
- h) infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza e/o all'abuso di sostanze alcoliche, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a) per il quale non è prevista alcuna prestazione, la **Compagnia** paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale **Appendice** al Documento di Polizza, è inoltre escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- i) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- j) pratica di attività sportive professionistiche;
- k) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- l) pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee non in apnea; scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia; torrentismo; vela transoceanica;
- m) attività professionale pericolosa che comporti: contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche od elettriche; lavori su impalcature o ponti; lavori nel sottosuolo o in mare aperto; l'appartenenza non con mansioni d'ufficio a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile; aviazione; attività subacquea in genere; guardia giurata.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Qualora, in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta, il Contraente abbia dichiarato la professione svolta dall'Assicurato, eventuali, successivi, cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura del contratto;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Nei casi b) e c), il Contraente ha quindici giorni per accettare o meno la variazione. Se il Contraente dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'Assicurazione di trattenere la quota di premio per il rischio corso nel periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto. Se il contraente non si pronuncia nei termini previsti, la modifica viene automaticamente registrata (art. 1926 c.c.).

Art. 5 - Carenze

Per godere della copertura assicurativa, l'**Assicurato** deve sottoporsi ad una visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari, qualora la Compagnia lo richieda, accettandone modalità e costi.

Qualora, con il consenso della **Compagnia**, l'**Assicurato** scelga di non sottoporsi alla visita, si applica un periodo di **Carenza** di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Durante tale periodo Genertellife si impegna a corrispondere il capitale assicurato solo nel caso in cui l'eventuale decesso avvenga dopo l'entrata in vigore della copertura assicurativa e per conseguenza diretta di:

- infortunio, esclusa ogni concausa, avvenuto dopo la data di decorrenza, ove per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata del decesso (salvo quanto precedentemente disposto);
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinica generalizzata, encefalite post vaccinica e shock anafilattico (malattia non infettiva).

Il periodo di Carenza diventa di cinque anni, dall'entrata in vigore dell'assicurazione, se l'eventuale decesso avvenga per sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids) o per altre patologie collegate.

Qualora l'**Assicurato** rifiuti di sottoporsi agli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da Hiv o di sieropositività, il periodo di **Carenza** viene esteso a sette anni.

Art. 6 - Prestazioni assicurate

A seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui di importo costante, in caso di decesso dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, Genertellife S.p.A. liquida ai Beneficiari designati dal Contraente il capitale assicurato, che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Qualora il Contraente abbia scelto come mezzo di pagamento l'S.D.D. e l'Assicurato deceda nell'intervallo di tempo che intercorre tra le ore 24:00 del giorno di invio del "Modulo di autorizzazione permanente di addebito in C/C" correttamente compilato e sottoscritto dal Contraente e l'effettivo incasso del primo premio annuo da parte di Genertellife, quest'ultima liquiderà il capitale assicurato decurtato di tale primo premio annuo dovuto. Si rinvia, comunque, all'articolo 14 per gli ulteriori aspetti di dettaglio.

La scadenza del contratto ed il capitale assicurato sono indicati nel Documento di Polizza.

Il capitale assicurato non può essere superiore ad Euro 250.000,00.

Alla Data di Scadenza, la copertura assicurativa si estingue ed i **Premi** pagati restano acquisiti dalla **Compagnia**.

Art. 7 - Pagamenti della Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'**Assicurato** i Beneficiari devono darne comunicazione per iscritto direttamente alla **Compagnia**, oppure tramite CheBanca!, nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del **Sinistro** stesso, inviando una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a:

Genertellife S.p.A.

Ufficio Liquidazione Sinistri

Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV)

Alla denuncia di **Sinistro** devono essere allegati, in originale o in copia conforme all'originale:

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da produrre presso il Comune di residenza del *de cuius*, qualora i Beneficiari indicati nel Documento di Polizza non siano identificabili da parte della Società e/o qualora Contraente e Assicurato

- coincidano, in modo che dall'atto di notorietà risulti se il Contraente abbia lasciato testamento o meno;
- in presenza di testamento deve essere allegata una copia autenticata dell'ultimo testamento ritenuto valido e non impugnato, per semplice visione;
 - il certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
 - le coordinate bancarie complete dei Beneficiari aventi diritto;
 - copia del Documento di Polizza;
 - indicazione della causa del decesso dell'**Assicurato**, allegando:
 - in caso di decesso per cause naturali, "relazione del medico" redatta, su apposito modello predisposto dalla **Compagnia**, dal medico curante dell'**Assicurato**, nella forma più dettagliata ed esauriente possibile, a spese degli interessati;
 - in caso di decesso per evento accidentale, copia del verbale dell'Autorità che ha effettuato la perizia dell'eventuale incidente.

Per casi particolari la **Compagnia** può richiedere agli interessati ed ai Beneficiari ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

NOTA BENE

a) In presenza di uno o più Beneficiari minorenni o incapaci, è necessario fornire alla Compagnia la dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata ad incassare l'importo di pertinenza.

b) Nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dal Contraente questi dovrà sottoscrivere ed inviare alla Compagnia l'apposito modulo "trattamento dati personali comuni e sensibili (privacy)".

La Direzione della Compagnia esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

CONDIZIONI GENERALI

Art. 8 - Durata del contratto

Per Durata del Contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di conclusione del contratto e quella di Scadenza, scelta dal Contraente e riportata nel Documento di Polizza. La durata contrattuale può essere minima di due anni e massima di venti anni.

Art. 9 - Versamento dei Premi

L'ammontare del **Premio** dipende dalla durata del contratto, dall'importo del capitale assicurato, dall'età dell'**Assicurato**, dal suo stato di salute e dalle abitudini di vita.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto, in rate anticipate, a partire dalla data di conclusione del contratto e per la durata stabilita, oppure fino al momento dell'eventuale sinistro.

La **prima annualità** deve essere versata secondo le seguenti modalità:

- per i nuovi clienti di Che Banca!, tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato nel Modulo di Proposta;
- per i già clienti di Che Banca!, tramite addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.).

Le **annualità successive alla prima** devono essere versate esclusivamente tramite addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.).

In qualunque momento il Contraente potrà richiedere a Genertel/ife, anche per il tramite di Che Banca!, la sospensione del pagamento dei premi annui, con conseguente estinzione della copertura assicurativa trascorsi trenta giorni dalla scadenza del primo premio non versato (si veda il successivo articolo 10).

Art. 10 - Mancato versamento dei premi: risoluzione

Il mancato versamento del premio annuo, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, determina la risoluzione del contratto. I premi pagati restano acquisiti alla Compagnia.

Il mancato versamento non è mai giustificabile a causa di problemi nella ricezione degli avvisi di scadenza.

Art. 11 - Effetti della risoluzione del contratto

Il contratto risolto **non può essere riattivato**.

Art. 12 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Affinché la **Compagnia** possa valutare con esattezza il rischio, le dichiarazioni del **Contraente** e dell'**Assicurato** devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni reticenti e/o inesatte relative a circostanze per le quali la **Compagnia** non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la **Compagnia** stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di contestare la validità della copertura entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare, in ogni tempo, qualsiasi pagamento in caso di sinistro.

b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di recedere dalla copertura entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di sinistro e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'**Assicurato** comporta in ogni caso la rettifica dei premi e delle prestazioni assicurate.

Se sopravviene un'evoluzione dello stato di salute dell'**Assicurato** prima della decorrenza della garanzia, che modifica le dichiarazioni riportate sul questionario sanitario o la documentazione presentata per la sottoscrizione del Modulo di Proposta, l'**Assicurato** è tenuto a darne informazione alla **Compagnia**, pena la nullità della copertura. In tal caso la **Compagnia** si riserva il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e di rivedere le condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio.

Art. 13 - Beneficiari

Il **Contraente** può, in qualsiasi momento, modificare i **Beneficiari** indicati nel Modulo di Proposta, inviando una comunicazione scritta alla Compagnia o attraverso una disposizione testamentaria.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il verificarsi del sinistro;
- dopo che, verificatosi uno degli eventi previsti all'art. 6 delle presenti Condizioni di Polizza, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (art. 1920 del Codice Civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 14 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si ritiene concluso ed entra in vigore (data di decorrenza, indicata nel Documento di Polizza) il giorno di sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Il Contraente è tenuto ad inoltrare il Modulo di Proposta, correttamente compilato e sottoscritto, a Che Banca!:

- tramite posta ordinaria a Che Banca! S.p.A., Casella Postale 193 - 14100 Asti;
- tramite e-mail all'indirizzo info@chebanca.it.

Resta fermo che l'Assicurato gode della copertura assicurativa:

- in caso di pagamento tramite bonifico bancario intestato alla Società, dalle ore 24:00 del giorno di valuta riconosciuto alla Società;
- in caso di pagamento tramite S.D.D., dalle ore 24:00 del giorno di invio (a Che Banca!) del "Mandato per addebito diretto SEPA" correttamente compilato e sottoscritto dal Contraente.

Art. 15 - Diritto di recesso

Il **Contraente** può recedere dal contratto entro i trenta giorni successivi alla data di conclusione dello stesso.

La comunicazione di recesso deve essere inviata, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, presso la sede di Che Banca! S.p.A. in Milano, Viale Bodio 37, Palazzo 4 - CAP 20158.

Che Banca! provvederà ad inoltrare la suddetta comunicazione alla Compagnia entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante al contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso.

Art. 16 - Informazioni

Il **Contraente** o gli eventuali aventi diritto possono richiedere informazioni inerenti le Condizioni Contrattuali e le modalità di denuncia di **Sinistro** telefonando al **Numero Verde 800 018011** (il servizio è operativo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.15).

Art. 17 - Comunicazioni

Tutte le comunicazioni del **Contraente** dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte della **Compagnia** al Contraente saranno inviate all'ultimo indirizzo conosciuto.

Si informa il Contraente che, prima di essere vincolato dal presente contratto di assicurazione a distanza, ha il diritto di:

1. scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente, il contratto stesso e, durante la vigenza del contratto, le comunicazioni previste dalla normativa vigente su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
2. richiedere di ricevere, in qualunque momento e senza oneri, la documentazione sopra indicata su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza utilizzata.

La Compagnia richiede inoltre al Contraente la sottoscrizione e la ritrasmissione del Documento di Polizza che gli verrà inviato successivamente alla conclusione del contratto. Il Contraente, per la sottoscrizione e la restituzione di tale Documento, potrà utilizzare a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Art. 18 - Capitale ridotto, riscatto, prestiti

Il contratto non prevede valori di riduzione delle prestazioni, di riscatto e di prestiti.

Art. 19 - Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno o vincolare le prestazioni.

Queste azioni diventano però efficaci solo quando la Compagnia le annota in un'apposita **Appendice**.

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o del vincolatario.

Art. 20 - Imposte e tasse

Imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 21 - Foro competente

Per le controversie, il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del **Contraente**, o dell'**Assicurato** o del **Beneficiario** o dei loro aventi diritto.

Anno, annualità, annuale, annuo

Periodo di tempo pari a 365 o 366 giorni a seconda dell'anno di calendario a cui si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest'ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la Compagnia ed il Contraente oppure dovuti per Legge.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona designata nell'Atto di adesione dal Contraente che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica il sinistro.

Capitale in caso di decesso

Importo liquidato agli aventi diritto dalla Compagnia in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata contrattuale.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in questo periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

CheBanca!

CheBanca! S.p.A., con sede legale in Viale Bodio, 37 Palazzo 4 - 20158 Milano (Italia), capitale sociale Euro 220.000.000,00 interamente versato, Codice Fiscale, Partita IVA e Iscrizione al Registro Imprese di Milano n. 10359360152, iscritta in data 5 Ottobre 2007 al numero 000203096 del Registro Unico degli Intermediari assicurativi.

Compagnia

Impresa di Assicurazioni autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Condizioni di Polizza (o di Assicurazione)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Persona fisica, che può coincidere o meno con l'Assicurato, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Data di decorrenza della copertura

Data di entrata in vigore della singola copertura riportata nel documento di polizza.

Diritto di recesso

Facoltà di sciogliere il contratto.

Documento di polizza

Documento che fornisce la prove e definisce il contratto di assicurazione.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale la copertura è in vigore.

ISVAP

Si veda alla voce "IVASS".

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (succeduto, dal 1° gennaio 2013, in tutti i poteri, funzioni e competenze ad ISVAP) che opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Liquidazione

Pagamento agli aventi diritto (Beneficiari) della prestazione quando si verifica il sinistro. È dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Liti transfrontaliere

Controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Mese, mensilità, mensile

Periodo di tempo pari a 30 o 31 o 28 o 29 giorni a seconda del mese di calendario a cui si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Modulo di Proposta

Documento sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione prescelto.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione dell'Atto di Adesione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della contratto.

Premio

Importo che il Contraente versa alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Scadenza del contratto

Data in cui cessano gli effetti della copertura assicurativa.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento assicurato oggetto del contratto (decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Supporto durevole

Qualsiasi strumento che permetta di memorizzare informazioni in modo che possano esser agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Tecnica di comunicazione a distanza

Le tecniche di contatto con la clientela, diverse dalla pubblicità, che non comportano la presenza fisica e simultanea del cliente e del soggetto offerente o di un suo incaricato

Documento aggiornato a novembre 2014



Genertel/life Partners è un marchio commerciale di Genertel/life S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 Treviso 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. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

COPIA PER GENERTELLIFE

MODULO DI PROPOSTA "ASSICURAZIONE VITA"

COPERTURA TEMPORANEA CASO MORTE (Tariffa V5 NF CB)

Modulo di Proposta Senza Visita Medica n.

DATI DEL CONTRAENTE

Nome	Cognome	Sesso
Nato/a a:	Prov. il	CF
Nazione di cittadinanza*		
Indirizzo	N.	
Comune	CAP	Prov.
Tel.	E-mail	

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

DATI DELL'ASSICURANDO (SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Nome	Cognome	Sesso
Nato/a a:	Prov. il	CF
Nazione di cittadinanza*		
Indirizzo	N.	
Comune	CAP	Prov.

L'Assicurando appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente: SI NO

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE

Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto)

Documento N.	Data rilascio	Località rilascio
--------------	---------------	-------------------

Io sottoscritto Operatore dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche (emanato in attuazione delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE), il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma Operatore

IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURANDO (SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)

Tipo di documento (inserire Carta d'Identità/Patente auto)

Documento N.	Data rilascio	Località rilascio
--------------	---------------	-------------------

Io sottoscritto Operatore dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche (emanato in attuazione delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE), il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma Operatore



TITOLARE EFFETTIVO DEL RAPPORTO CONTINUATIVO (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod.)

Il sottoscritto, Contraente del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta, in conformità a quanto previsto dagli articoli 18 e 21 del D.Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, **dichiara di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del predetto rapporto continuativo.**

Luogo e data _____

Firma Contraente _____

PRESTAZIONE, PREMIO ANNUO E DURATA DEL CONTRATTO

PRESTAZIONE ASSICURATA	CAPITALE ASSICURATO	DURATA CONTRATTO
Capitale in caso di morte	Euro _____	_____ (in anni)

PREMIO ANNUO	Euro _____
--------------	------------

Mezzo di pagamento dei premi annui: Addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.) oppure Bonifico bancario intestato a CheBanca! S.p.A.

La parte di premio afferente al rischio morte dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche.

BENEFICIARI CASO MORTE Gli eredi legittimi dell'Assicurato Altri

Qualora i beneficiari non siano gli "eredi legittimi", indicare di seguito i dati anagrafici dei beneficiari prescelti:

Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale

DIRITTO DI RECESSO

Il Sottoscritto Contraente prende atto che può recedere dal contratto oggetto del presente Modulo di Proposta **entro e non oltre trenta giorni** dalla sottoscrizione del Modulo di Proposta stesso mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede di Che Banca! S.p.A.

Alla comunicazione del recesso deve essere allegato il Documento di Polizza e le eventuali Appendici, se già ricevuti.

Il recesso ha 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 con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Luogo e data _____

Firma Contraente _____

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RELATIVO ALLA PROPOSTA N° _____**Informazioni sui soggetti da tutelare**

Lei ha carichi familiari o altri soggetti da dover tutelare?

 SÌ NO**Informazioni sulla situazione finanziaria**

In quale fascia si posiziona il suo reddito annuo lordo complessivo?

- fino a € 20.000,00
 oltre € 20.000,00 fino a € 50.000,00
 oltre € 50.000,00



Genertel/life Partners è un marchio commerciale di Genertel/life S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 Treviso 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. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto Contraente **dichiara** di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario informativo per la valutazione dell'adeguatezza del contratto" o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative.

Luogo e data _____

Firma Contraente _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

La sottoscritta Società dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati:

- 1. Le informazioni sui soggetti da tutelare non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto
- 2. Le informazioni sulla situazione finanziaria non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto

Luogo e data _____

Firma Contraente _____

Genertellife S.p.A.

QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DELL'ASSICURANDO

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

- 1. Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione dell'atto di adesione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente SI NO
- 2. I miei valori somatici sono altezza cm _____ e peso kg _____
- 3. Dichiaro di non soffrire attualmente, e di non aver sofferto in passato, di qualche malattia fisica o psichica o invalidità da cui non sia guarito completamente. SI NO
- 4. Dichiaro che la mia pressione arteriosa è abitualmente nella norma (inferiore a 140/90 mmHg) e che non mi sono mai stati prescritti farmaci per questa patologia. SI NO
- 5. Dichiaro che il mio peso non ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi 2 anni. SI NO
- 6. Dichiaro di non soffrire e di non aver sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV. SI NO
- 7. Dichiaro di non essermi sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di anomalità. Le conseguenze di condizioni fisiologiche o di condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (ad es. stati infettivi o infiammatori semplici) non sono considerate situazioni di anomalità. SI NO
- 8. Dichiaro di non fare uso abituale di farmaci e di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti. 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 tranquillanti (solo se utilizzati per favorire il sonno), antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici. Dichiaro inoltre di non abusare, e di non aver mai fatto abuso in passato, di alcol. SI NO

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

9. Nome e cognome del medico curante: _____

Indirizzo del medico curante: _____

Confermo di aver verificato l'esattezza delle dichiarazioni e delle risposte rilasciate (le dichiarazioni suddette sono sufficienti per procedere alla valutazione del rischio da coprire per Assicurandi di età inferiore a 61 anni e per capitali non superiori a 250.000 euro).

Luogo e data _____

Firma Assicurando _____



Genertellife Partners è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 Treviso 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. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Contraente / Il sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza):

- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del precedente Questionario sanitario, nonché 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 lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; **acconsente** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul proprio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- **dichiara**, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente Modulo di Proposta, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise e complete e che non ha 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;
- **dichiara**, essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, di accettare le Condizioni di Assicurazione previste nel Fascicolo informativo nome (_____).

Luogo e data

Firma Contraente

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto i singoli documenti (Nota informativa - Condizioni di assicurazione - Glossario - il presente Modulo di Proposta) contenuti nel Fascicolo informativo.

Luogo e data

Firma Contraente

Il sottoscritto Contraente dichiara, in particolare, di aver attentamente letto l'articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione riguardanti le esclusioni di copertura, con particolare riferimento alla pratica di sport e professioni e l'articolo 5 riguardante i periodi di carenza.

Luogo e data

Firma Contraente

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano:

- a. che l'Assicurato 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'Assicurato 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.

Luogo e data

Firma Contraente

Dichiarazione riservata al collocamento mediante telefonia (call center)

Il sottoscritto Contraente:

dichiara che, contattato telefonicamente dall'addetto di call center, previo proprio consenso, gli sono state fornite tutte le informazioni previste dall'articolo 12, 1° comma, lett. b), del Regolamento Isvap n. 34 del 19 marzo 2010 (codice identificativo dell'addetto, descrizione delle principali caratteristiche del contratto, premio totale del contratto di assicurazione, eventuale esistenza del diritto di recesso e di altre imposte).

Luogo e data

Firma Contraente

DICHIARAZIONE U.S. PERSON DEL CONTRAENTE

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, sottoscritta dal Contraente, 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)

FIRME DI SOTTOSCRIZIONE

Luogo e data

Firma Contraente

Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)



Genertellife Partners è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 Treviso 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. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

1 - Finalità del Trattamento

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la Società, con il presente atto di adesione, intende acquisire dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, che La riguardano, al fine di fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽²⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i seguenti servizi:

- predisposizione e stipulazione del contratto di assicurazione;
- gestione dello stesso (raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, gestione e controllo interno, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali e attività statistiche).

Inoltre - con il Suo consenso - la Società intende trattare i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i propri nuovi servizi e quelli di altre Società del Gruppo Generali.

2 - Modalità del Trattamento

I Suoi dati sono trattati solo con le modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici – necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero (quali ad esempio agenti, subagenti, produttori di agenzia, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, riassicuratori, legali, periti, strutture sanitarie, Società del gruppo, Società di servizi). Per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa che agiscono come Responsabili del nostro trattamento o distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate. I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate⁽³⁾.

3 - Diffusione dei Dati

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 - Rifiuto Conferimento Dati

Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (ad esempio la disciplina contro il riciclaggio) non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

5 - Diritti dell'Interessato

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo⁽⁴⁾.

6 - Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il **Servizio Privacy** (Servizio Privacy - Genertellife S.p.A. - Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.5939704 fax 041.5939795).

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta a detto Servizio. Il sito www.genertellife.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

(1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario; anche dati che vengono consultate in fase pre-assuntiva, assuntiva o liquidativa.

(3) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. 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 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 consortili 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, Ministeri, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, concessionarie per la riscossione dei tributi.

(4) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003.



Consenso per finalità contrattuali

Preso visione dell'**informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, Acconsento** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente _____ Firma _____

Nome e Cognome Assicurando (se diverso dal Contraente) _____ Firma _____

Consenso per finalità commerciali

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Acconsento** al trattamento dei miei dati comuni effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa stessa e al trattamento da parte di questi ultimi per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della Società, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente _____ Firma _____

Nome e Cognome Assicurando (se diverso dal Contraente) _____ Firma _____

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Acconsento** alla comunicazione ed al trattamento dei miei dati comuni da parte di **Società del Gruppo Generali** per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente _____ Firma _____

Nome e Cognome Assicurando (se diverso dal Contraente) _____ Firma _____

FAC-SIMILE

Documento aggiornato a novembre 2014



Genertel/life Partners è un marchio commerciale di Genertel/life S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – numero verde 800 018011 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 Treviso 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. – partners@pec.genertellife.it – www.genertellife-partners.it

KNOW YOUR CUSTOMER POLIZZE INDIVIDUALI

PROFILO PERSONALE TITOLARE 1

DOMANDE PER L'ADEMPIMENTO DELLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO

Per l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica e conoscenza del cliente richiesti dalla normativa antiriciclaggio (D.Lgs. 231/2007) Le chiediamo di fornirci le informazioni che seguono, ricordandoLe che la legge può prevedere sanzioni anche di natura penale nei casi in cui le informazioni richieste non vengano fornite o qualora fornite risultino false.

1. Professione (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Impiegato/Operaio	<input type="checkbox"/> Titolare d'impresa	<input type="checkbox"/> Studente
<input type="checkbox"/> Quadro/Dirigente	<input type="checkbox"/> Ingegnere/Architetto	<input type="checkbox"/> Disoccupato
<input type="checkbox"/> Rappresentante/Agente	<input type="checkbox"/> Medico/Farmacista	<input type="checkbox"/> Altro/Nessuna
<input type="checkbox"/> Libero professionista iscritto ad elenchi professionali (Albi)	<input type="checkbox"/> Pensionato	
<input type="checkbox"/> Libero professionista non iscritto ad elenchi professionali (Albi)	<input type="checkbox"/> Casalinga	

2. Rapporto di lavoro (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Subordinato a tempo determinato	<input type="checkbox"/> Autonomo
<input type="checkbox"/> Subordinato a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> Altro/Nessuno

3. Settore (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Agricoltura	<input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione	<input type="checkbox"/> Turismo
<input type="checkbox"/> Artigianato	<input type="checkbox"/> Edilizia	<input type="checkbox"/> Altro/Nessuno
<input type="checkbox"/> Commercio	<input type="checkbox"/> Industria	
<input type="checkbox"/> Credito/Finanza	<input type="checkbox"/> Servizi	

4. Principale area geografica dell'attività svolta (solo per lavoratori autonomi e liberi professionisti)

<input type="checkbox"/> Italia	<input type="checkbox"/> Area non UE
<input type="checkbox"/> Unione Europea (UE)	<input type="checkbox"/> Tutto il mondo

5. Reddito annuo netto (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Da 0 a 15.000 euro	<input type="checkbox"/> Da 30.001 a 50.000 euro	<input type="checkbox"/> Oltre 100.000 euro
<input type="checkbox"/> Da 15.001 a 30.000 euro	<input type="checkbox"/> Da 50.001 a 100.000 euro	

6. Origine del patrimonio (barrare tutte le caselle interessate)

<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro	<input type="checkbox"/> Vendite beni immobili	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Rendite da investimenti	<input type="checkbox"/> Eredità	

7. Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Protezione	<input type="checkbox"/> Risparmio	<input type="checkbox"/> Investimento
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

8. Dichiaro (barrare solo in caso di risposta affermativa)

di essere un residente **estero** che **occupa o ha occupato importanti cariche pubbliche**, un suo familiare diretto o di intrattenere con lui stretti legami (persona esposta politicamente).

DOMANDE ULTERIORI

9. Stato civile

<input type="checkbox"/> Celibe/nubile	<input type="checkbox"/> Convivente	<input type="checkbox"/> Divorziato	<input type="checkbox"/> Coniugato	<input type="checkbox"/> Separato	<input type="checkbox"/> Vedovo
--	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

10. Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Media superiore	<input type="checkbox"/> Non precisato	<input type="checkbox"/> Licenza media	<input type="checkbox"/> Laurea
----------------------------------	---	--	--	--	---------------------------------

11. Numero componenti nucleo familiare

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> più di 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------

12. Situazione abitativa (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Casa di proprietà	<input type="checkbox"/> Presso genitori/parenti		
<input type="checkbox"/> Affitto	<input type="checkbox"/> Altro		

13. Mutuo in essere (barrare una sola casella)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
-----------------------------	-----------------------------	--	--

14. Strumenti di investimento del risparmio (barrare tutte le caselle interessate)

<input type="checkbox"/> Conto corrente/conto di deposito	<input type="checkbox"/> Fondi comuni	<input type="checkbox"/> Azioni	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Titoli di stato	<input type="checkbox"/> Prodotti assicurativi	<input type="checkbox"/> Obbligazioni	

