

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

_____			CODICE	_____
INDIRIZZO	_____		N°	_____
_____	_____	_____	CAP	_____
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE	_____
BROKER	_____		CODICE	_____

PRODOTTO**PRODOTTO**☐ TEMPORANEE DI RISCHIO**EVENTI ASSICURATI**☐ MORTE☐ MORTE + INVALIDITÀ☐ DREAD DISEASE☐ MORTE + MALATTIA GRAVE☐ MALATTIA GRAVE☐ LONG TERM CARE**CATEGORIE DI LAVORO**☐ DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾☐ DIRIGENTE☐ DIPENDENTI☐ SOCI - AMMINISTRATORI☐ ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE**☐ OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali)☐ VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE	
_____	_____
PARTITA IVA	CODICE FISCALE
Esenzione Bollo ☐ SI ☐ NO	
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:	
☐ Parentela	☐ Affinità
☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità
☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME			
_____	_____	_____	_____
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	CODICE FISCALE
RAPPORTO CON IL CONTRANTE:			
☐ Parentela	☐ Affinità	☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità	☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO €

☐ P.O.S.

☐ BONIFICO

☐ ASSEGNO

☐ ALTRO (2)

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore

Firma dell'incaricato dell'operazione

DEROGHE

Reinvestimento

Reinvestimento

☐ Si

☐ No

Da contratti numero / / /

a condizioni

☐ standard

☐ Derogate

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

☐ Investimento

☐ Risparmio

☒ Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

☐ Reddito da lavoro dipendente

☐ Operazione/Rendite da immobili

☐ Reddito da lavoro autonomo

☐ Utile societario/Reddito d'impresa

☐ Vincita

☐ Reinvestimento

☐ Lascito/eredità/donazione

☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni

☐ Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione

☐ Scudo Fiscale - voluntary disclosure

☐ Altro (specificare)

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

DISPONIBILITÀ DEI FONDI DA PIÙ DI 30 GIORNI SUL CONTO CORRENTE FINALE DI ADDEBITO

☐ SI

☐ NO

MODALITÀ DI VENDITA

Tipologia di Vendita

☐ In presenza

☐ A distanza

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Io sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - I. il set informativo mod. _____ - ed. _____ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
 - II. il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;
- la promozione e il collocamento del presente contratto sono state effettuate interamente tramite tecniche di comunicazione a distanza e di essere stato informato di poter esercitare il diritto di ripensamento così come previsto dal D. Lgs 206/2005 (Codice del Consumo) e successive modifiche;
- Il presente contratto non è stato collocato mediante tecniche di comunicazione a distanza;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI INTERMEDIARIO

Io dichiaro che la presente Proposta è stata correttamente compilata e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D. Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

_____			CODICE	_____
INDIRIZZO	_____		N°	_____
_____	_____	_____	CAP	_____
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE	_____
BROKER	_____		CODICE	_____

PRODOTTO**PRODOTTO**☐ TEMPORANEE DI RISCHIO**EVENTI ASSICURATI**☐ MORTE☐ MORTE + INVALIDITÀ☐ DREAD DISEASE☐ MORTE + MALATTIA GRAVE☐ MALATTIA GRAVE☐ LONG TERM CARE**CATEGORIE DI LAVORO**☐ DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾☐ DIRIGENTE☐ DIPENDENTI☐ SOCI - AMMINISTRATORI☐ ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE**☐ OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali)☐ VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE	
_____	_____
PARTITA IVA	CODICE FISCALE
Esenzione Bollo ☐ SI ☐ NO	
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:	
☐ Parentela	☐ Affinità
☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità
☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME	
_____	_____
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
_____	_____
PROV.	CODICE FISCALE
RAPPORTO CON IL CONTRANTE:	
☐ Parentela	☐ Affinità
☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità
☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO €

☐ P.O.S.

☐ BONIFICO

☐ ASSEGNO

☐ ALTRO (2)

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore

Firma dell'incaricato dell'operazione

DEROGHE

Reinvestimento

Reinvestimento

☐ Si

☐ No

Da contratti numero / / /

a condizioni

☐ standard

☐ Derogate

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

☐ Investimento

☐ Risparmio

☒ Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

☐ Reddito da lavoro dipendente

☐ Operazione/Rendite da immobili

☐ Reddito da lavoro autonomo

☐ Utile societario/Reddito d'impresa

☐ Vincita

☐ Reinvestimento

☐ Lascito/eredità/donazione

☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni

☐ Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione

☐ Scudo Fiscale - voluntary disclosure

☐ Altro (specificare)

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

DISPONIBILITÀ DEI FONDI DA PIÙ DI 30 GIORNI SUL CONTO CORRENTE FINALE DI ADDEBITO

☐ SI

☐ NO

MODALITÀ DI VENDITA

Tipologia di Vendita

☐ In presenza

☐ A distanza

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Io sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - I. il set informativo mod. _____ - ed. _____ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
 - II. il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;
- la promozione e il collocamento del presente contratto sono state effettuate interamente tramite tecniche di comunicazione a distanza e di essere stato informato di poter esercitare il diritto di ripensamento così come previsto dal D. Lgs 206/2005 (Codice del Consumo) e successive modifiche;
- Il presente contratto non è stato collocato mediante tecniche di comunicazione a distanza;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI INTERMEDIARIO

Io dichiaro che la presente Proposta è stata correttamente compilata e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D. Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione

**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Set Informativo.**



PROPOSTA N °

Luogo e data _____

Il sottoscritto, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n. _____ aggiornato al _____, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione sulla vita.

RETE

_____		CODICE	_____
INDIRIZZO	_____	N°	_____
_____	_____	CAP	_____
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
BROKER	_____	CODICE	_____

PRODOTTO**PRODOTTO**☐ TEMPORANEE DI RISCHIO**EVENTI ASSICURATI**☐ MORTE☐ MORTE + INVALIDITÀ☐ DREAD DISEASE☐ MORTE + MALATTIA GRAVE☐ MALATTIA GRAVE☐ LONG TERM CARE**CATEGORIE DI LAVORO**☐ DIRIGENTE INDUSTRIALE⁽¹⁾☐ DIRIGENTE☐ DIPENDENTI☐ SOCI - AMMINISTRATORI☐ ALTRO (utilizzare il campo note)**TIPO ADESIONE**☐ OBBLIGATORIA
(prevista da CCNL, accordi aziendali)☐ VOLONTARIA
(copertura ad adesione facoltativa)_____
Data sottoscrizione_____
Data decorrenza del contratto**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE	
_____	_____
PARTITA IVA	CODICE FISCALE
Esenzione Bollo ☐ SI ☐ NO	
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:	
☐ Parentela	☐ Affinità
☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità
☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/ESECUTORE GIA' IDENTIFICATO NEL PROFILO CLIENTE

COGNOME E NOME	
_____	_____
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
_____	_____
PROV.	CODICE FISCALE
RAPPORTO CON IL CONTRANTE:	
☐ Parentela	☐ Affinità
☐ Coniugio	☐ Convivenza di fatto o unione civile
☐ Rapporto di lavoro/affari	☐ Beneficienza/liberalità
☐ Relazione amicale	☐ Altro, specificare _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO €

☐ P.O.S.

☐ BONIFICO

☐ ASSEGNO

☐ ALTRO (2)

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

Firma del Contraente o del suo Esecutore

Firma dell'incaricato dell'operazione

DEROGHE

Reinvestimento

Reinvestimento

☐ Si

☐ No

Da contratti numero / / /

a condizioni

☐ standard

☐ Derogate

ORIGINE E PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

SCOPO DEL RAPPORTO

☐ Investimento

☐ Risparmio

☒ Protezione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

☐ Reddito da lavoro dipendente

☐ Operazione/Rendite da immobili

☐ Reddito da lavoro autonomo

☐ Utile societario/Reddito d'impresa

☐ Vincita

☐ Reinvestimento

☐ Lascito/eredità/donazione

☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni

☐ Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione

☐ Scudo Fiscale - voluntary disclosure

☐ Altro (specificare)

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

DISPONIBILITÀ DEI FONDI DA PIÙ DI 30 GIORNI SUL CONTO CORRENTE FINALE DI ADDEBITO

☐ SI

☐ NO

MODALITÀ DI VENDITA

Tipologia di Vendita

☐ In presenza

☐ A distanza

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)

Io sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - I. il set informativo mod. _____ - ed. _____ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
 - II. il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- di prendere atto che i premi si intendono incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle Condizioni di Assicurazione a sue mani;
- la promozione e il collocamento del presente contratto sono state effettuate interamente tramite tecniche di comunicazione a distanza e di essere stato informato di poter esercitare il diritto di ripensamento così come previsto dal D. Lgs 206/2005 (Codice del Consumo) e successive modifiche;
- Il presente contratto non è stato collocato mediante tecniche di comunicazione a distanza;

Il sottoscritto, Esecutore della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, conferma i dati identificativi del/i Titolare/i Effettivo/i del Contraente già forniti all'interno del Profilo Cliente.

Luogo e data (3)

Timbro del Contraente

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI INTERMEDIARIO

Io dichiaro che la presente Proposta è stata correttamente compilata e, precisato che le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza, dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D. Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche, il soggetto di cui trattasi e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Firma dell'incaricato dell'operazione