

**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**

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____ NAZIONE _____
BROKER _____	CODICE _____	

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

DENOMINAZIONE _____				
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____			
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input type="checkbox"/> 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

**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

**NOTE**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)**

**Il 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;

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**

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____ NAZIONE _____
BROKER _____	CODICE _____	

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

DENOMINAZIONE _____				
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____			
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input type="checkbox"/> 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

**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

**NOTE**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)**

**Il sottoscritto Contraente dichiara:**

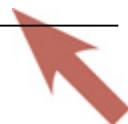
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
  - I. il set informativo mod. \_\_\_\_\_ - ed. \_\_\_\_\_ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti 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;

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

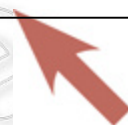


**DICHIARAZIONI INTERMEDIARIO**

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**

INDIRIZZO _____		CODICE _____
LOCALITÀ _____	COMUNE _____	PROV. _____ NAZIONE _____
BROKER _____	CODICE _____	

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

DENOMINAZIONE _____				
PARTITA IVA _____	CODICE FISCALE _____			
RAPPORTO CON GLI ASSICURATI:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input checked="" type="checkbox"/> 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:				
<input type="checkbox"/> Parentela	<input type="checkbox"/> Affinità	<input type="checkbox"/> Coniugio	<input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile	<input type="checkbox"/> Relazione amicale
<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari	<input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità	<input type="checkbox"/> 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

**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

**NOTE**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (O DEL SUO ESECUTORE)**

**Il 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;

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 \_\_\_\_\_ 