

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



*Marchio di Generali Italia S.p.A.

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		N°
COMUNE	PROV.	CAP
BROKER		NAZIONE
		CODICE

PRODOTTO**PRODOTTO** TEMPORANEE DI RISCHIO DREAD DISEASE LONG TERM CARE**EVENTI ASSICURATI** MORTE MORTE + INVALIDITÀ MORTE + MALATTIA GRAVE MALATTIA GRAVE**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 Relazione amicale Rapporto di lavoro/affari Beneficienza/liberalità 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 Relazione amicale Rapporto di lavoro/affari Beneficienza/liberalità 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente | <input type="checkbox"/> Operazione/Rendite da immobili |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo | <input type="checkbox"/> Utile societario/Reddito d'impresa |
| <input type="checkbox"/> Vincita | <input type="checkbox"/> Reinvestimento |
| <input type="checkbox"/> Lascito/eredità/donazione | <input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni |
| <input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione | <input type="checkbox"/> 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:

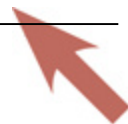
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - I. il set informativo mod. _____ - ed. _____ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di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

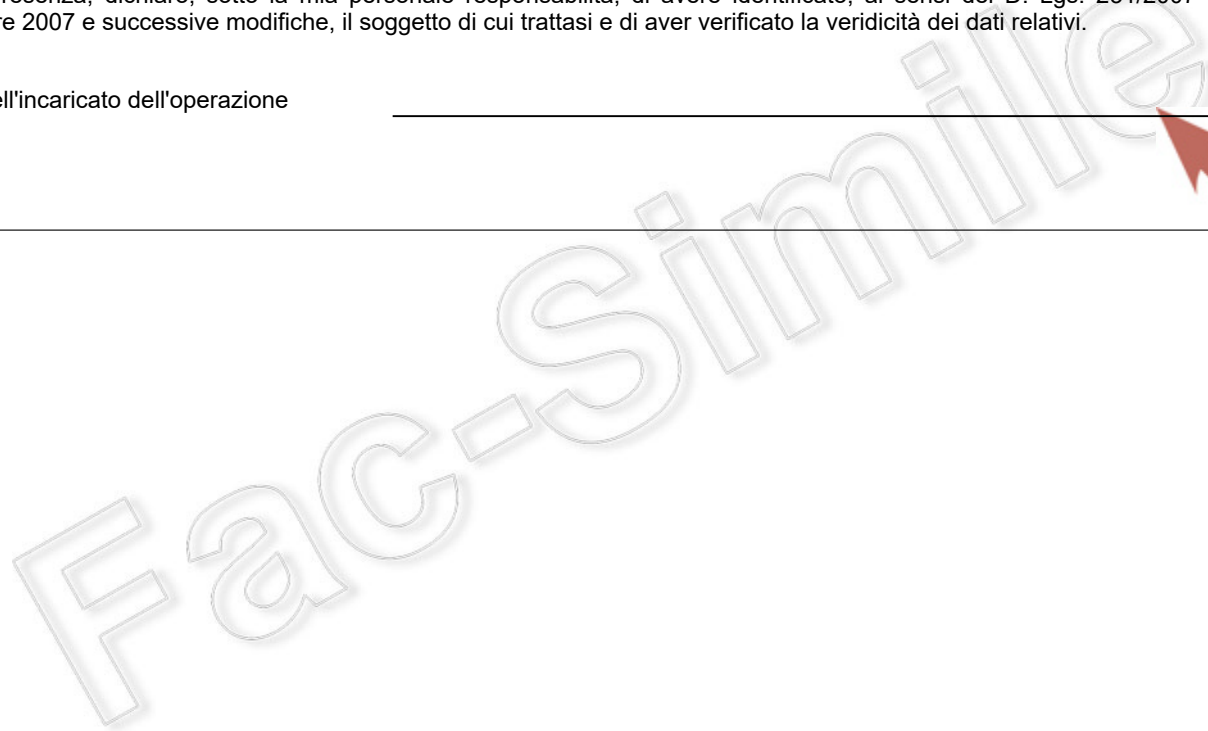
_____ Firma del Contraente



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.**



*Marchio di Generali Italia S.p.A.

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		
		N°	CAP	
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE	
BROKER			CODICE	

PRODOTTO

PRODOTTO	EVENTI ASSICURATI	CATEGORIE DI LAVORO
<input type="checkbox"/> TEMPORANEE DI RISCHIO	<input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> MORTE + INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE INDUSTRIALE ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> DIRIGENTE <input type="checkbox"/> DIPENDENTI <input type="checkbox"/> SOCI - AMMINISTRATORI <input type="checkbox"/> ALTRO (utilizzare il campo note)
<input type="checkbox"/> DREAD DISEASE	<input type="checkbox"/> MORTE + MALATTIA GRAVE <input type="checkbox"/> MALATTIA GRAVE	
<input type="checkbox"/> LONG TERM CARE		
TIPO ADESIONE		
<input type="checkbox"/> OBBLIGATORIA (prevista da CCNL, accordi aziendali)	<input type="checkbox"/> VOLONTARIA (copertura ad adesione facoltativa)	
_____ Data sottoscrizione	_____ Data decorrenza del contratto	

CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)

DENOMINAZIONE				
PARTITA IVA	CODICE FISCALE			
Esenzione Bollo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
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 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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente | <input type="checkbox"/> Operazione/Rendite da immobili |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo | <input type="checkbox"/> Utile societario/Reddito d'impresa |
| <input type="checkbox"/> Vincita | <input type="checkbox"/> Reinvestimento |
| <input type="checkbox"/> Lascito/eredità/donazione | <input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni |
| <input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione | <input type="checkbox"/> 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)

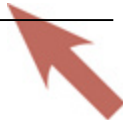
Io sottoscritto Contraente dichiara:

- 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 _____ 

Fac-Simile

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



*Marchio di Generali Italia S.p.A.

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	
		N°	CAP
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
BROKER			CODICE

PRODOTTO**PRODOTTO** TEMPORANEE DI RISCHIO DREAD DISEASE LONG TERM CARE**EVENTI ASSICURATI** MORTE MORTE + INVALIDITÀ MORTE + MALATTIA GRAVE MALATTIA GRAVE**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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
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 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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente | <input type="checkbox"/> Operazione/Rendite da immobili |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo | <input type="checkbox"/> Utile societario/Reddito d'impresa |
| <input type="checkbox"/> Vincita | <input type="checkbox"/> Reinvestimento |
| <input type="checkbox"/> Lascito/eredità/donazione | <input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni |
| <input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione | <input type="checkbox"/> 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:

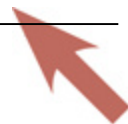
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - I. il set informativo mod. _____ - ed. _____ composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di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

