



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali



# VIVIFUTURO

## TUTELA SERENITÀ

**Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte  
a capitale decrescente a premio annuo (5A) e a premio unico (5AJ)**



**Il presente Fascicolo informativo, contenente**

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario
- Modulo di proposta

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.**

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012

## NOTA INFORMATIVA

# VIVIFUTURO

## TUTELA SERENITÀ

**Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte  
a capitale decrescente a premio annuo (5A) e a premio unico (5AJ)**



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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

## A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1.

### Informazioni generali

ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A è società capogruppo del Gruppo Generali.

- La sede legale è in Piazza Duca degli Abruzzi, 2 - 34132 Trieste (TS) - ITALIA.
- La Direzione per l'Italia è in Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
- Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: [www.generali.it](http://www.generali.it); indirizzo di posta elettronica: [info@generali.it](mailto:info@generali.it).
- L'impresa di assicurazione è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazione a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29 aprile 1923, n. 966, ed è iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione.

Si rinvia al sito internet dell'impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2.

### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto: 14.259,508 milioni di euro di cui 1.556,873 relativi al capitale sociale e 12.702,635 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 514,5%.

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 GARANZIE OFFERTE

3.

### Prestazioni assicurative e garanzie offerte

VIVIFUTURO Tutela Serenità ha durate minime e massime variabili (minima tra uno e due anni e massima venti anni) e prevede una prestazione in caso di decesso a capitale decrescente - (tariffe "5A" e "5AJ")

Si rinvia all' articolo 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: sulla copertura principale è presente un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato); si rinvia all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione per i dettagli.

Ai fini di un'esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario

4.

### Premi

Il premio è determinato in relazione alle prestazioni, alla loro durata ed ammontare, all'età e sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle abitudini di vita (sport, mezzi di trasporto utilizzati,...).

Il premio può essere unico o annuo a seconda della tariffa scelta.

Il Contraente può versare il premio annuo in più rate in funzione delle proprie esigenze. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento) indicati nel punto 5.1.1.

Si rinvia all'articolo 1 delle Condizioni di assicurazione per l'illustrazione dei meccanismi di adeguamento dei premi successivi al primo.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- per mezzo di pagamento effettuato in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Il versamento del premio può essere effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, oppure presso la Direzione per l'Italia della Società in Mogliano Veneto - Treviso.

## C. INFORMAZIONI SU COSTI E REGIME FISCALE

### 5.

#### Costi

#### **5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente**

##### 5.1.1. Costi gravanti sul premio

| Diritti  |           |
|--|-----------|
| di quietanza<br>(per l'assicurazione a premio annuo) | 0,77 euro |

I diritti di quietanza sono applicati alle rate di premio successive a quella di perfezionamento.

| Caricamenti       |       |
|-------------------|-------|
| Costi percentuali | 12,0% |

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di quietanza.

| Addizionali di frazionamento |      |
|------------------------------|------|
| Semestrale                   | 2,0% |
| Quadrimestrale               | 2,5% |
| Trimestrale                  | 3,0% |
| Bimestrale                   | 3,5% |
| Mensile                      | 4,5% |

Avvertenza: qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo costo – pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'assicurato stesso – è a carico del Contraente.

Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto: 40,15% per le assicurazioni a premio annuo; 16,43% per le assicurazioni a premio unico.

6.

**Regime fiscale**

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto, che dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, qualora diverso) e che può essere soggetto a modifiche future.

*Detrazione fiscale dei premi*

Il premio corrisposto, per un importo massimo di 1.291,14 euro, dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura del 19%.

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 dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7.

**Modalità di perfezionamento del contratto**

Si rinvia all'articolo 5 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

8.

**Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi**

Per l'assicurazione a premio annuo, il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Avvertenza: l'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente.

Si rinvia all'articolo 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9.

**Riscatto e riduzione**

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare il contratto: si rinvia all'articolo 10 delle Condizioni di assicurazione per modalità, termini e condizioni economiche.

10.

**Revoca della proposta**

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando all'Agenzia, presso la quale è stata sottoscritta, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà; entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente, per mezzo della medesima Agenzia, gli importi eventualmente già pagati.

|   |  |
|---|--|
| <b>11.</b>  |  |
| <b>Diritto di recesso</b>   | <p>Il Contraente può recedere dal contratto <u>entro trenta giorni</u> dalla sua conclusione.</p> <p>Per il recesso dal contratto deve essere inviata all'Agenzia, presso la quale è stato assegnato, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà.</p> <p>Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio versato, diminuito delle eventuali imposte e della parte relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.</p>  |
| <b>12.</b>  |  |
| <b>Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione</b> | <p>Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del <u>contratto è necessario fornire alla Società la documentazione indicata all'Articolo 13 delle Condizioni di assicurazione.</u></p> <p>La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto della documentazione completa.</p> <p>Si evidenzia che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); <u>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.</u></p>  |
| <b>13.</b>  |  |
| <b>Legge applicabile al contratto</b>   | Al contratto si applica la legge italiana.   |
| <b>14.</b>  |  |
| <b>Lingua in cui è redatto il contratto</b>   | <p>Il contratto, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.</p> <p>Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.</p>   |
| <b>15.</b>  |  |
| <b>Reclami</b>  | <p>Eventuali reclami nei confronti dell'impresa aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri <u>devono essere inoltrati per iscritto a:</u></p> <p>Assicurazioni Generali S.p.A. – Funzione Customer Service<br/>Via Marocchesa, 14 – 31021 Mogliano Veneto (TV) – ITALIA<br/>Fax Verde: 800.961987<br/>e-mail: assistenza_clienti@generali.it</p> <p>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'ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353.</p> <p>I reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</li> <li>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li> <li>c) breve descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li> <li>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li> </ol> |

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finances-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm)).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrate per iscritto a:

GBS SpA, Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari

Via Castelfidardo 43/45 - 00198 Roma

Fax 06.44.494.313

e-mail: [AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com](mailto:AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com)

**16.**

**Comunicazioni  
del contraente  
alla Società**

Il Contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'Assicurato che aggravino il rischio assunto dalla Società eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del codice civile.

**17.**

**Conflitto  
d'interessi**

La Società si impegna a:

- evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo;
- garantire che comunque, nei casi in cui il conflitto non può essere evitato, gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre società del Gruppo Generali o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

In ogni caso la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Assicurazioni Generali S.p.A.

I rappresentanti legali

Dott. Mario Greco

Dott. Manlio Lostuzzi



Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

# VIVIFUTURO

## TUTELA SERENITÀ

**Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte  
a capitale decrescente a premio annuo (5A) e a premio unico (5AJ)**



## Premessa

Le condizioni contrattuali di seguito riportate si riferiscono alla copertura assicurativa vita VIVIFUTURO Tutela Serenità relativa al prodotto VIVIFUTURO.

## PARTE I – PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 1

#### Prestazioni

A seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui, o di un premio unico, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, al Beneficiario è liquidato un capitale, il cui importo decresce annualmente (o, a richiesta del Contraente, per periodi inferiori all'anno: semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente, bimestralmente, mensilmente) di un importo fisso di decrescenza periodica indicato in polizza. Nell'ultimo periodo della durata assicurativa il valore del capitale assicurato è uguale all'importo della decrescenza periodica.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

### Art. 2

#### Rischio di morte

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi punti 2.1 e 2.2.

#### 2.1 Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a. attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- d. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa correlate;
- e. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, 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 qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- f. 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;
- g. 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;

- h. 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;
- i. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- j. attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a, per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti, in luogo di quella prevista all'Art.1.

## 2.2 Limitazioni: periodo di carenza

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di sei mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione (Art. 5).

Il periodo di carenza non si applica qualora la morte avvenga per conseguenza diretta:

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza": tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro-spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica ed inoltre lo shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza";
- b. di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del "periodo di carenza", intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dal punto 2.1 di questo articolo) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Durante il "periodo di carenza" la Società pagherà soltanto una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti, in luogo di quella prevista all'Art. 1.

## **Art. 3**

### **Dichiarazioni del Contraente e dell'assicurato**

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e di reticenze relative a circostanze per le quali la Società non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa

- a. quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
  - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
  - di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

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

- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio.

L'inesatta indicazione dell'età e del sesso dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

#### **Art. 4**

##### **Beneficiario**

I beneficiari della prestazione prevista dal contratto sono gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Il Contraente può in qualsiasi momento modificare tale designazione comunicandola per iscritto alla Società o per testamento.

La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto nell'Art.1, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

##### 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.

## PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

### Art. 5

#### **Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione**

Il contratto si considera concluso nel momento in cui:

- la Società abbia rilasciato al Contraente la polizza o
- il Contraente abbia ricevuto per iscritto comunicazione di assenso della Società.

L'assicurazione entra in vigore a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità di premio, o del premio unico:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata nella polizza, qualora questa sia successiva a quella della conclusione.

Se il versamento è effettuato dopo tali date l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto versamento, ferme restando le date di scadenza delle rate di premio indicate in polizza.

### Art. 6

#### **Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso deve essere inviata all'Agenzia cui è assegnato il contratto con lettera raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento presso l'Agenzia della suddetta lettera raccomandata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio effettuato diminuito di eventuali imposte e della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

La Società ha inoltre diritto al recupero delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, indicate nella proposta di assicurazione e in polizza.

### Art. 7

#### **Durata del contratto**

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal Contraente.

## PARTE III – PREMIO

### Art. 8

#### **Versamento dei premi**

VIVIFUTURO Tutela Serenità prevede il versamento di un premio unico (5AJ) o di una successione di premi annui di importo costante (5A), il primo dei quali alla conclusione del contratto e i successivi in ciascuna ricorrenza annuale del contratto che precede la scadenza del contratto o la morte dell'Assicurato, qualora questa avvenga prima della scadenza stessa.

Nel caso in cui il Contraente scelga l'assicurazione a premio annuo, la prima annualità di premio deve essere interamente corrisposta al momento del perfezionamento del contratto.

Le annualità di premio successive possono essere corrisposte nella rateazione prescelta dal Contraente, previa richiesta scritta effettuata almeno tre mesi prima della ricorrenza annuale del contratto a partire dalla quale si desidera il cambio di rateazione.

In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento).

Rateazione e addizionale di frazionamento sono indicati in polizza.

Il versamento del premio può essere effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, oppure presso la Direzione per l'Italia della Società in Mogliano Veneto - Treviso.

Il versamento può avvenire con le seguenti modalità:

- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- per mezzo di pagamento effettuato in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale, la data di versamento coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, di assegno, di bonifico bancario o a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

In tutti i casi viene rilasciata quietanza dell'avvenuto pagamento.

### Art. 9

#### **Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione (relativo all'assicurazione a premio annuo)**

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

#### Art. 10

**Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione (relativo all'assicurazione a premio annuo)**

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, in caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto può essere riattivato entro un anno dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta.

La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito e previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi per il periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto - i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

### PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

#### Art. 11

**Imposte e tasse**

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

#### Art. 12

**Foro competente**

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

## PARTE V – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

### Art. 13

#### Modalità di richiesta per i pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società deve essere presentata alla stessa richiesta scritta accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Inoltre, qualsiasi richiesta deve essere sempre accompagnata da un documento di identità e relativo codice fiscale dell'avente diritto in aggiunta alla polizza originale comprensiva delle eventuali appendici.

Le informazioni per la corretta redazione della richiesta sono disponibili presso le Agenzie.

I documenti necessari per le richieste di liquidazione sono:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause della morte redatta su apposito modulo predisposto dalla Società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla Società (cartelle cliniche, compresa quella del primo ricovero contenente l'anamnesi personale remota, esami clinici, autopsia ove eseguita, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo ed esito delle indagini disposte dall'autorità giudiziaria);
- atto notorio dal quale risulti se il Contraente, quando è anche Assicurato, ha lasciato o meno testamento ovvero che il testamento pubblicato non è stato impugnato e l'indicazione degli eredi legittimi;
- l'eventuale copia del testamento pubblicato.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'eventuale ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento presso l'Agenzia della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Ogni pagamento viene effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la Direzione per l'Italia della Società.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 del codice civile).



## GLOSSARIO

# VIVIFUTURO

## TUTELA SERENITÀ

**Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte  
a capitale decrescente a premio annuo (5A) e a premio unico (5AJ)**



Agli effetti del presente Fascicolo informativo si intendono per:

|   |   |
|---|---|
| <b>Assicurato</b>                       | La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.               |
| <b>Beneficiario</b>                     | La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.  |
| <b>Condizioni di assicurazione</b>      | Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.  |
| <b>Contraente</b>                       | La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.   |
| <b>Data di decorrenza</b>               | La data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.   |
| <b>ISVAP</b>                            | Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo.  |
| <b>Polizza</b>                          | Il documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.  |
| <b>Premio</b>                           | L'importo che il Contraente corrisponde a Assicurazioni Generali S.p.A.   |
| <b>Proposta di assicurazione</b>        | Il documento con il quale il Contraente chiede a Assicurazioni Generali S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione.  |
| <b>Ricorrenza annuale del contratto</b> | L'anniversario della data di decorrenza.  |
| <b>Società</b>                          | La Compagnia Assicurazioni Generali S.p.A., impresa che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.   |
| <b>Tasso di interesse tecnico</b>       | Il rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del versamento dei premi.   |
| <b>Tasso di riattivazione</b>           | Il tasso di interesse impiegato per la riattivazione del contratto, corrispondente al valore maggiore tra il tasso legale di interesse in vigore al momento della riattivazione ed il tasso di interesse tecnico impiegato nel calcolo della prestazione. |

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

FAC-SIMILE



## **Modulo di proposta delle coperture assicurative vita del prodotto VIVIFUTURO**

## QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE VITA DEL PRODOTTO VIVIFUTURO

### A OBIETTIVI ASSICURATIVI/PREVIDENZIALI

Quale delle seguenti esigenze assicurative vuole perseguire con questo prodotto assicurativo?

**Coperture assicurative VIVIFUTURO Gestione Assicurativa, VIVIFUTURO Gestione Assicurativa Immobiliare**

- Pensione complementare  Protezione assicurativa/Rendita  
 Investimento/Risparmio

**Coperture assicurative VIVIFUTURO Protezione Autonomia, VIVIFUTURO Tutela Serenità**

- Pensione complementare  Protezione assicurativa/Rendita  
 Investimento/Risparmio

Se già detentore di altri prodotti assicurativi/finanziari/previdenziali anche con altri soggetti, La preghiamo di indicare la tipologia, l'ammontare annuo di impegni da Lei assunti e versamenti già effettuati in un'unica soluzione:

- Nessuno  Protezione assicurativa/Rendita  
 Pensione complementare  Investimento/Risparmio
- di cui annui  fino a € 1.000,00  da oltre € 1.000,00 a € 5.000,00  oltre € 5.000,00
- di cui unici  fino a € 20.000,00  da oltre € 20.000,00 a € 50.000,00  oltre € 50.000,00

### B ORIZZONTE TEMPORALE

Quale è il periodo dopo il quale Lei si aspetta di veder raggiunti gli obiettivi assicurativi perseguiti con il prodotto VIVIFUTURO?

Tutte le coperture assicurative eccetto VIVIFUTURO Gestione Assicurativa Immobiliare

- Lungo periodo (>10 anni)  Medio periodo (6-10 anni)  Breve periodo (≤ 5 anni)

Copertura assicurativa VIVIFUTURO Gestione Assicurativa Immobiliare

- Lungo periodo (>10 anni)  Medio periodo (6-10 anni)  Breve periodo (<=5 anni)

### C PROPENSIONE AL RISCHIO

Le coperture assicurative del prodotto VIVIFUTURO si caratterizzano per diversi livelli di rischio connesso al rendimento dell'investimento; qual è la Sua propensione al rischio per questo prodotto?

Tutte le coperture assicurative eccetto VIVIFUTURO Gestione Assicurativa Immobiliare

- Investimento a basso rischio (assenza di disponibilità ad accettare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo; presenza di capitale garantito)  
 Investimento a medio rischio (disponibilità ad accettare oscillazioni modeste del valore dell'investimento durante la durata del contratto, accettando di conseguenza probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o a termine dell'orizzonte temporale consigliato)  
 Investimento ad alto rischio (disponibilità ad accettare possibili forti oscillazioni del valore dell'investimento nell'ottica di massimizzare la redditività nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi)

Copertura assicurativa VIVIFUTURO Gestione Assicurativa Immobiliare

- Investimento a basso rischio (assenza di disponibilità ad accettare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo; presenza di capitale garantito)  
 Investimento a medio rischio (disponibilità ad accettare oscillazioni modeste del valore dell'investimento durante la durata del contratto, accettando di conseguenza probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o a termine dell'orizzonte temporale consigliato)  
 Investimento ad alto rischio (disponibilità ad accettare possibili forti oscillazioni del valore dell'investimento nell'ottica di massimizzare la redditività nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi)

### D ESIGENZE DI LIQUIDITÀ

Qual è la probabilità che Lei possa richiedere, nei primi anni, l'interruzione delle coperture assicurative interrompendo il piano dei versamenti o chiedendo il disinvestimento?

- Bassa probabilità di ricorrere ad un disinvestimento  Alta probabilità di ricorrere ad un disinvestimento

### E CAPACITÀ DI RISPARMIO

Per valutare l'adeguatezza dell'investimento assicurativo da Lei sottoscritto, Le richiediamo il Suo livello di capacità media annua di risparmio:

- Capacità di risparmio media annua fino a € 5.000,00  
 Capacità di risparmio media annua da € 5.000,00 a € 15.000,00  
 Capacità di risparmio media annua superiore a € 15.000,00

La Sua capacità di risparmio deve essere valutata tenendo conto della Sua situazione patrimoniale, reddituale ed al netto degli impegni finanziari già in essere; al fine di permetterLe una corretta indicazione della capacità di risparmio, La preghiamo di valutare ed indicare alcuni fattori rilevanti:

Reddito annuo variabile o inc sicuro \_\_\_\_\_  SI  NO

Numero di persone componenti nucleo familiare \_\_\_\_\_ di cui a carico \_\_\_\_\_

Eventuale esposizione finanziaria (mutui, rate, ecc)

- assente  fino a € 1.000,00  da oltre € 1.000,00 a € 5.000,00  oltre € 5.000,00

Reddito annuo complessivo

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

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°****RETE**

AGENZIA | | CODICE | |

INTEGRA IL PRODOTTO VIVIFUTURO SOLUZIONE N° | |  
(da compilare solo per la sottoscrizione di coperture assicurative successive)**DATA DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE VITA**

GIORNO | | MESE | | ANNO | |

**CONTRAENTE (PERSONA FISICA)**

COGNOME E NOME

SESSO | | DATA DI NASCITA | | COMUNE DI NASCITA | | PROV. | | NAZIONE | |

SETTORE PROFESSIONE

PROFESSIONE

AREA PROFESSIONE  Privato  Pubblico

CODICE FISCALE

RESIDENZA

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

LOCALITÀ | | COMUNE | | PROV. | | NAZIONE | |

RECAPITO DI CONTRATTO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

LOCALITÀ | | COMUNE | | PROV. | | NAZIONE | |

**CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)**

DENOMINAZIONE

SETTORE ATTIVITÀ | | CLASSE ATTIVITÀ | |

DATA DI COSTITUZIONE | | CODICE FISCALE | |

SEDE LEGALE

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

LOCALITÀ | | COMUNE | | PROV. | | NAZIONE | |

RECAPITO DI CONTRATTO (SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE)

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

LOCALITÀ | | COMUNE | | PROV. | | NAZIONE | |

Soggetto agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari (art. 3 legge 136 del 13 agosto 2010 e successive modifiche)  SI  NO**LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE/DELEGATO A OPERARE (1)**

COGNOME E NOME

SESSO | | DATA DI NASCITA | | COMUNE DI NASCITA | | PROV. | | NAZIONE | |

CODICE FISCALE

## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

### ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL CONTRAENTE (O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE/DELEGATO A OPERARE)

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ | <input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA | ALTRO            |  |
| NUMERO DOCUMENTO                          | DATA DI RILASCIO                          | DATA DI SCADENZA |  |
| ENTE DI RILASCIO                          | LOCALITÀ DI RILASCIO                      |                  |  |

### TITOLARE EFFETTIVO (DA NON COMPILARE SE COINCIDE CON IL LEGALE RAPPRESENTANTE/DELEGATO A OPERARE)

ESISTE IL TITOLARE EFFETTIVO  SI  NO

#### DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO (2)

|                     |                 |                   |         |         |
|---------------------|-----------------|-------------------|---------|---------|
| COGNOME E NOME      |                 |                   |         |         |
| SESSO               | DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV.   | NAZIONE |
| SETTORE PROFESSIONE | PROFESSIONE     |                   |         |         |
| AREA SETTORE        | CODICE FISCALE  |                   |         |         |
| INDIRIZZO           |                 | N°                | CAP     |         |
| LOCALITÀ            | COMUNE          | PROV.             | NAZIONE |         |
| PAESE               |                 |                   |         |         |

### ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL TITOLARE EFFETTIVO

|   |   |                  |  |
|---|---|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ | <input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA | ALTRO            |  |
| NUMERO DOCUMENTO                          | DATA DI RILASCIO                          | DATA DI SCADENZA |  |
| ENTE DI RILASCIO                          | LOCALITÀ DI RILASCIO                      |                  |  |

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

BANCOMAT  BOLLETTINO  BONIFICO  ASSEGNO  ALTRO<sup>(3)</sup>

SOLO PER PAGAMENTI SUCCESSIVI:

RIMESSA INTERBANCARIA DIRETTA

|          |     |     |     |                       |
|----------|-----|-----|-----|-----------------------|
| PREFISSO | CIN | ABI | CAB | NUMERO CONTO CORRENTE |
| IBAN     |     |     |     |                       |

**Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bollettino postale o bonifico dovranno essere intestati ad Assicurazioni Generali S.p.A.**

**Il pagamento tramite bancomat è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; attraverso bollettino postale è possibile se previsto; l'assegno, intestato o girato ad Assicurazioni Generali S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.**

Firma del Contraente  
o del Suo Legale Rappresentante/Delegato a operare

Firma dell'Incaricato dell'operazione

#### NOTE

- (1) Delegato a operare:  
è il soggetto che opera in nome e per conto del Contraente.
- (2) Per titolare effettivo si intende:
  - a) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica (titolare effettivo è colui che ha la partecipazione maggiore al capitale sociale, con un minimo del 25%+1);
  - b) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica.
- (3) Le altre modalità di pagamento offerte dal servizio bancario o postale o i pagamenti effettuati in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla Società.
- (4) Importo della rata del premio di perfezionamento comprensivo di diritti di emissione.

**ASSICURANDO (QUANDO DIVERSO DAL CONTRAENTE)**

COGNOME E NOME

SESSO

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

PROV.

NAZIONE

CODICE FISCALE

**RESIDENZA**

INDIRIZZO

N°

CAP

LOCALITÀ

COMUNE

PROV.

NAZIONE

**COPERTURE ASSICURATIVE VITA****DATI TECNICI**
 **VIVIFUTURO**  
 **Gestione Assicurativa**  
(solo per nuove soluzioni VIVIFUTURO)
 **VIVIFUTURO**  
 **Gestione Assicurativa**  
**Immobiliare**

 IMPORTO DI PERFEZIONAMENTO (MODALITÀ  
 DI CALCOLO C)<sup>(4)</sup>

€

€

DIRITTI DI EMISSIONE

€ 10,00

€ 0

RIPARTIZIONE INVESTIMENTO - GESTIONI SEPARATE

 GESAV GEVAL/EURO

GESAV RE

POLIZZE COLLEGATE

 SI NO

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

NUMERO POLIZZA

TIPO UTILIZZO

 ANTICIPO CONTINUAZIONE

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°**

| DATI TECNICI   | VIVIFUTURO TUTELA SERENITÀ   |   |
|--|--|---|
| TIPO PIANO VERSAMENTO  | <input type="checkbox"/> PREMIO ANNUO  | <input type="checkbox"/> PREMIO UNICO   |
| DURATA CONTRATTO   |  |   |
| IMPORTO DELLA PRESTAZIONE<br>(Modalità di calcolo B - Capitale iniziale) | €         ,  |   |
| DECRESCENZA SUBANNUALE   | <input type="checkbox"/> ANNUALE<br><input type="checkbox"/> SEMESTRALE<br><input type="checkbox"/> QUADRIMESTRALE | <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE<br><input type="checkbox"/> BIMESTRALE<br><input type="checkbox"/> MENSILE |

| DATI TECNICI                    | VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA  |   |  |
|---------------------------------|--|---|--|
| TIPO PIANO VERSAMENTI           | <input type="checkbox"/> PREMIO ANNUO  | <input type="checkbox"/> PREMIO UNICO   |  |
| DURATA PIANO VERSAMENTI ANNUI   | —  |   |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> ARGENTO € 6.000,00  | <input type="checkbox"/> ORO € 12.000,00  | <input type="checkbox"/> PLATINO € 18.000,00 |
| RENDITA VITALIZIA INIZIALE      | IN ALTERNATIVA AI SU INDICATI LIVELLI DI RENDITA PREDEFINITI:<br>IMPORTO STABILITO DAL CONTRAENTE €         ,      |   |  |
| FRAZIONAMENTO RENDITA VITALIZIA | <input type="checkbox"/> ANNUALE<br><input type="checkbox"/> SEMESTRALE<br><input type="checkbox"/> QUADRIMESTRALE | <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE<br><input type="checkbox"/> BIMESTRALE<br><input type="checkbox"/> MENSILE |  |



## QUESTIONARI A CURA DELL'ASSICURANDO

### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI

- 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'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

### QUESTIONARIO PROFESSIONALE

Libero professionista: titolare di azienda; commerciante o negoziante; appartenente alle forze armate (che non naviga, né vola); albergatore o operatore turistico; pensionato; benestante o studente; casalinga; insegnante o ministro del culto; dirigente; impiegato; agricoltore; autista senza guida di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; artigiano o operaio senza uso di macchine e senza accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere; fabbro o falegname; lavoratore edile con qualifica di sorvegliante; capo-mastro, capo operaio; chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive; funzionario di Pubblica Sicurezza, Carabiniere da Maggiore incluso, Guardia di Finanza da Sottotenente incluso.

1

Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; ruspista, escavatorista, trattorista; addetto ai lavori di tornitura, fresatura, politura; elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; fonditore; vetraio soffiatore o tagliatore; lavoratore edile con accesso ad impalcature o tetti; operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; minatore con lavoro in cave o lavoro saltuario in pozzi, senza uso di esplosivo, appartenente ai corpi di: Pubblica Sicurezza, Carabinieri, Guardia di Finanza, Agenti di custodia, Vigili del Fuoco ed Urbani armati; addetti alla vigilanza armata; marittimo o pescatore di mare; tecnico di radiologia.

2

Minatore con uso di esplosivo.

3

Chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie esplosive.

4

Chimico (altro personale) addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche e/o esplosive.

5

Altro (precisare dettagliatamente).

99

### QUESTIONARIO SPORTIVO

Nessuna attività sportiva.

1

Calcio, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazioni a gare e tornei, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, escursionismo alpino, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, tutte esercitate in forma dilettantistica.

2

Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con autorespiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli.

3

Ciclismo agonistico, sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee.

4

Pugilato agonistico.

5

Volo con deltaplano non a motore o parapendio.

6

Altro (precisare dettagliatamente).

99

**QUESTIONARIO SANITARIO**

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

 SENZA VISITA MEDICA CON VISITA MEDICAALTEZZA: in metri  PESO: in chili **ABITUDINI DI VITA/ALTRE INFORMAZIONI****1** È fumatore?

(Per non fumatore deve intendersi la persona che non abbia fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non abbia dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica).  SI  NO

Se Sì specificare la quantità giornaliera (1 sigaretta = 1 unità): \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

**2** Assume o ha assunto in passato abitualmente bevande alcoliche in misura superiore a 2 bicchieri di vino/birra per pasto o a un bicchierino di superalcolico al giorno?

(per consumo abituale deve intendersi l'assunzione continuativa e senza interruzioni)  SI  NO

Se Sì specificare la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

**3** Per ragioni di salute (esclusi traumi ossei senza postumi) ha mai cambiato professione o interrotto la professione per più di tre settimane consecutive o di novanta giorni in un anno? SI  NO

Se Sì specificare la data e le ragioni del cambio di professione

---

**4** Trova attualmente difficoltà nell'eseguire le seguenti attività di vita quotidiana o si avvale, per eseguirne alcune, di supporti o aiuti meccanici (sedia a rotelle, stampelle, bastone o altro apparecchio) o dell'assistenza di una terza persona? SI  NO

Farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare, coricarsi.

Se Sì specificare le attività e quando è insorta la difficoltà

---

**5** Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di tumori maligni, malattie miocardicoronariche, ictus, ipertensione giovanile, gotta, dislipidemie, diabete, epilessia od altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie? SI  NO

Se Sì specificare le malattie

---

**6** Risulta già titolare di coperture assicurative per il rischio di non autosufficienza (Long Term Care)?  SI  NO

Se Sì specificarne la decorrenza delle coperture e l'entità delle prestazioni assicurate

---

**MALATTIE, INFORTUNI E STATI PATOLOGICI PRECEDENTI ED ATTUALI****7** Soffre attualmente o ha mai sofferto in passato di malattie a carico dei seguenti apparati?

Apparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, genito-urinario, endocrino metabolico, osteoarticolare o muscolare, del sistema nervoso o psichico, del sangue, del sistema immunitario  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

**8** Le sono mai stati diagnosticati tumori maligni o benigni?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

- 9** Soffre di disturbi della memoria, dell'equilibrio, di osteoporosi, di poliartrite, di diabete, di deficit visivi o acustici? (in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita, non indicare deficit visivi o acustici corretti con apposito apparecchio).  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

- 10** Ha subito traumi o infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti? (es.: sportivi, sul lavoro, per incidenti stradali, ecc.).  SI  NO

Se Sì indicare quando, la parte colpita ed i relativi esiti

---

- 11** Riceve o ha mai ricevuto indennizzi a titolo di invalidità o ha fatto domanda per ottenere la qualifica di invalido o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare o ha fatto domanda per ottenerla?  SI  NO

Se Sì indicare quando e per quali ragioni

---

### TERAPIE PRECEDENTI ED ATTUALI

- 12** La pressione arteriosa è stata per periodi continuativi superiore ai valori di norma 140/90 mmhg?  SI  NO

Se Sì specificare se attualmente è in terapia farmacologica ipertensiva e se i valori pressori si sono normalizzati

---

- 13** Assume o ha assunto negli ultimi 5 anni farmaci per periodi continuativi? (es. per: ipertensione, diabete, colesterolo, disfunzioni tiroidee, altre malattie).  SI  NO

Se Sì specificare la motivazione \_\_\_\_\_ il tipo di farmaco \_\_\_\_\_, la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

- 14** Si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati, radio o chemioterapia?  SI  NO

Se Sì specificare quando e per quali motivi

---

### RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI

- 15** È mai stato ricoverato, o prevede un prossimo ricovero, per interventi chirurgici o procedure invasive? (non indicare i ricoveri avvenuti per parto e quelli avvenuti da oltre due mesi, con completa guarigione, per fratture ossee semplici, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, colecistectomia non dovuta a neoplasia e, in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita o Long Term Care, anche per ernia inguinale, emorroidectomia, meniscectomia, deviazione del setto nasale).  SI  NO

Se Sì indicare quando, per quale motivo, l'eventuale intervento chirurgico ed i relativi esiti e conseguenze, con particolare riguardo all'esito dell'esame istologico

---

---

### VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- 16** Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a visite specialistiche, esami di laboratorio, radiologici, ecografici, cardiologici a seguito dei quali siano state diagnosticate situazioni patologiche?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, quando e con quale esito

---

- 17** Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a endoscopie, angiografie, coronarografie, elettro-encefalogramma o altre indagini non indicate alla domanda precedente?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, quando e con quale esito

---

## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N°

### A CURA DELL'AGENZIA

CODICE

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Agente

### REVOCA DELLA PROPOSTA

La presente proposta può essere revocata, finché i contratti relativi alle coperture assicurative vita scelte dal Contraente non siano conclusi, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, all'Agenzia sopra indicata. La comunicazione di revoca deve indicare il numero della proposta sottoscritta e le coperture assicurative vita che si intendono revocare. Le somme eventualmente pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

### RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dai contratti emessi oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla loro conclusione. La comunicazione di recesso va inviata all'Agenzia sopra indicata a mezzo lettera raccomandata. Il recesso ha l'effetto di liberare la Società e il Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento presso l'Agenzia della suddetta lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso, delle imposte, dei diritti di emissione del contratto, se previsti (quantificati nella sezione "Dati tecnici" della presente proposta).

FAC-SIMILE

## AUTORIZZAZIONE A RISCATTI PARZIALI PER INCASSO PREMI ASSICURATIVI

Il sottoscritto Contraente, barrando la casella sottoriportata e sottoscrivendo la presente, autorizza Assicurazioni Generali S.p.A., una volta concluso e perfezionato il contratto VIVIFUTURO Gestione Assicurativa, a riscattare parzialmente la predetta copertura assicurativa VIVIFUTURO Gestione Assicurativa, con le modalità previste dalle condizioni generali di assicurazione del prodotto VIVIFUTURO, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative Danni, e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia del prodotto VIVIFUTURO, eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative Danni e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative Danni e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia, in vigore.

Il Contraente viene informato annualmente con comunicazione da parte della Società della operazione di riscatto parziale e ha comunque la facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative Danni e VIVIFUTURO Protezione Autonomia eventualmente sottoscritte.

Luogo e data \_\_\_\_\_

PER AUTORIZZAZIONE  
(barrare la casella)

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

## DICHIARAZIONI

**Il sottoscritto Contraente (o il suo Legale Rappresentante)/Il sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza):**

**si impegna**, se la presente proposta sarà accettata senza modificazioni, a versare il premio/i premi entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto/dei contratti.

**proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;

**dichiara**, ai fini del D. Lgs. 231/2007, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, che i dati riportati nella presente proposta di assicurazione corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto continuativo;

**dichiara**, essendo consapevole del contenuto del contratto/dei contratti per averlo/i letto/i prima della sottoscrizione della proposta, di accettare le condizioni generali di assicurazione del prodotto VIVIFUTURO, nonché le Condizioni di Assicurazione previste nel Fascicolo informativo/nei Fascicoli informativi, modello/i \_\_\_\_\_, consegnato/i in sue mani;

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurando

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

**Il sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) dichiara di aver ricevuto i Fascicoli informativi (da barrare le coperture sottoscritte):**

- modello "GVFUVF" che si compone della Scheda sintetica, della Nota informativa, delle Condizioni di assicurazione comprensive del regolamento della Gestione separata, del Glossario e della presente Proposta di assicurazione.
- modello "GVGIVF" che si compone della Scheda sintetica, della Nota informativa, delle Condizioni di assicurazione comprensive del regolamento della Gestione separata, del Glossario e della presente Proposta di assicurazione.
- modello "GVPAVF" che si compone della Nota informativa, delle Condizioni di assicurazione comprensive del regolamento della Gestione separata, del Glossario e della presente Proposta di assicurazione.
- modello "GVTSVF" che si compone della Nota informativa, delle Condizioni di assicurazione, del Glossario e della presente Proposta di assicurazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

## ALLEGATO 1 - COPERTURE ASSICURATIVE DANNI DEL PRODOTTO VIVIFUTURO

### SECONDO ASSICURANDO (inserire solo se si assicura contro gli infortuni e le malattie il coniuge)

|                  |                 |                   |                |         |  |  |
|------------------|-----------------|-------------------|----------------|---------|--|--|
| COGNOME E NOME   |                 |                   | CODICE FISCALE |         |  |  |
| SESSO            | DATA DI NASCITA | COMUNE DI NASCITA | PROV.          | NAZIONE |  |  |
| <b>DOMICILIO</b> |                 |                   |                |         |  |  |
| INDIRIZZO        |                 |                   | N°             | CAP     |  |  |
| LOCALITÀ         | COMUNE          |                   | PROV.          | NAZIONE |  |  |

### VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA

SCADENZA ORE 24 DEL 

|        |      |      |
|--------|------|------|
| GIORNO | MESE | ANNO |
|--------|------|------|

 RATEAZIONE

La garanzia della polizza VIVIFUTURO Protezione Assistenza è abbinata alla combinazione prescelta nell'ambito della polizza VIVIFUTURO Protezione Autonomia (come da scelta già esplicitata sopra).

Nel caso in cui il Contraente abbia stabilito un diverso importo della rendita vitalizia iniziale, la garanzia è determinata come segue:

- per importi stabiliti maggiori o uguali a € 6.000,00 ed inferiori a € 12.000,00: **ARGENTO**
- per importi stabiliti maggiori o uguali a € 12.000,00 ed inferiori a € 18.000,00: **ORO**
- per importi stabiliti maggiori o uguali a € 18.000,00 ed inferiori o uguali a € 24.000,00: **PLATINO**

#### CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### ALLEGATI MODELLI

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### ALTRE ASSICURAZIONI

Indicare le altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi a quelli previsti dall'assicurazione Assistenza abbinata a VIVIFUTURO Protezione Autonomia, in corso con Assicurazioni Generali S.p.A., con altre Società, con Enti (escluso INAIL) e per quali somme assicurate; se dette assicurazioni siano state annullate o comunque risolte indicare quando e per quale motivo (in caso negativo indicare "NESSUNA").

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA**
 SCADENZA ORE 24 DEL \_\_\_\_\_  
 GIORNO MESE ANNO RATEAZIONE

CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

ALLEGATI MODELLI

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

**AMBITO DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE 24 ORE SU 24****IN PRESENZA DI DUE ASSICURANDI INDICARE PER CIASCUNO LA COMBINAZIONE PRESCELTA****PRIMO ASSICURANDO**

| GARANZIE                                    | SOMME ASSICURATE                 |                              |                                  |
|---|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> ARGENTO | <input type="checkbox"/> ORO | <input type="checkbox"/> PLATINO |
| MORTE                                       | € 100.000,00                     | € 200.000,00                 | € 300.000,00                     |
| INVALIDITÀ PERMANENTE                       | € 100.000,00                     | € 200.000,00                 | € 300.000,00                     |
| PENSIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA            |                                  |                              |                                  |
| FINO A 200 PUNTI                            | € 6.000,00                       | € 9.000,00                   | € 12.000,00                      |
| OLTRE 200 PUNTI                             | € 9.000,00                       | € 13.500,00                  | € 18.000,00                      |
| INDENNITÀ IMMEDIATA PER NON AUTOSUFFICIENZA | € 2.000,00                       | € 3.000,00                   | € 4.000,00                       |
| INDENNITÀ PER FRATTURA: FEMORE/BACINO/ANCA  | € 1.500,00                       | € 1.500,00                   | € 1.500,00                       |
| INDENNITÀ SPESE ADATTAMENTO DOMICILIO       | € 10.000,00                      | € 10.000,00                  | € 10.000,00                      |
| INDENNITÀ SPESE ADATTAMENTO AUTOVETTURA     | € 3.000,00                       | € 3.000,00                   | € 3.000,00                       |
| ASSISTENZA                                  | ARGENTO                          | ORO                          | PLATINO                          |

**SECONDO ASSICURANDO**

| GARANZIE                                    | SOMME ASSICURATE                 |                              |                                  |
|---|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/> ARGENTO | <input type="checkbox"/> ORO | <input type="checkbox"/> PLATINO |
| MORTE                                       | € 100.000,00                     | € 200.000,00                 | € 300.000,00                     |
| INVALIDITÀ PERMANENTE                       | € 100.000,00                     | € 200.000,00                 | € 300.000,00                     |
| PENSIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA            |                                  |                              |                                  |
| FINO A 200 PUNTI                            | € 6.000,00                       | € 9.000,00                   | € 12.000,00                      |
| OLTRE 200 PUNTI                             | € 9.000,00                       | € 13.500,00                  | € 18.000,00                      |
| INDENNITÀ IMMEDIATA PER NON AUTOSUFFICIENZA | € 2.000,00                       | € 3.000,00                   | € 4.000,00                       |
| INDENNITÀ PER FRATTURA: FEMORE/BACINO/ANCA  | € 1.500,00                       | € 1.500,00                   | € 1.500,00                       |
| INDENNITÀ SPESE ADATTAMENTO DOMICILIO       | € 10.000,00                      | € 10.000,00                  | € 10.000,00                      |
| INDENNITÀ SPESE ADATTAMENTO AUTOVETTURA     | € 3.000,00                       | € 3.000,00                   | € 3.000,00                       |
| ASSISTENZA                                  | ARGENTO                          | ORO                          | PLATINO                          |

**A CURA DELL'AGENZIA**
 DATA EMISSIONE 1<sup>A</sup> QUIETANZA

 \_\_\_\_\_  
 GIORNO MESE ANNO

POLIZZE SOSTITUITE \_\_\_\_\_

**ALTRE ASSICURAZIONI**

Indicare le altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi a quelli previsti dall'assicurazione VIVIFUTURO Protezione Persona, in corso con Assicurazioni Generali S.p.A., con altre Società, con Enti (escluso INAIL) e per quali somme assicurate; se dette assicurazioni siano state annullate o comunque risolte indicare quando e per quale motivo (in caso negativo indicare "NESSUNA").

---



---

## VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE

SCADENZA ORE 24 DEL \_\_\_\_\_  
GIORNO MESE ANNO RATEAZIONE

CODICI DI CLAUSOLE SPECIALI

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

ALLEGATI MODELLI

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

### PERSONE DA ASSICURARE

INDICARE LE PERSONE  
CHE SI INTENDE ASSICURARE

PRIMO ASSICURANDO

SECONDO ASSICURANDO

### COMBINAZIONI

ARGENTO

ORO

PLATINO

INDENNITÀ GIORNALIERA DI  
RICOVERO E RIMBORSO SPESE  
PRE/POST RICOVERO € 2.500,00.

SOMMA INDENNITÀ  
GIORNALIERA DI RICOVERO

**1° ASSICURANDO**

€ \_\_\_\_\_

**2° ASSICURANDO**

€ \_\_\_\_\_

LA SOMMA DA INDICARE DEVE  
ESSERE COMPRESA TRA UN MI-  
NIMO DI € 25,00 ED UN MASSI-  
MO DI € 150,00.

#### OPZIONE

ESTENSIONE PER TUTTI GLI  
ASSICURATI DEL RIMBORSO  
SPESE EXTRARICOVERO M005.

RIMBORSO SPESE MEDICHE PER  
GRAVI EVENTI € 100.000,00.

FRANCHIGIA RIMBORSO  
SPESE MEDICHE

**1° ASSICURANDO**

€ 1.000,00  € 2.000,00

**2° ASSICURANDO**

€ 1.000,00  € 2.000,00

PER CIASCUN ASSICURANDO  
DEVE ESSERE INDICATO L'IM-  
PORTO DI FRANCHIGIA PRE-  
SCELTO.

#### OPZIONE

ASSICURAZIONE NUCLEO  
FAMILIARE (ASSICURATI EN-  
TRAMBI I CONIUGI) M002.

RIMBORSO SPESE MEDICHE  
FORMA COMPLETA € 100.000,00.

FRANCHIGIA RIMBORSO  
SPESE MEDICHE

**1° ASSICURANDO**

€ 1.000,00  € 2.000,00

**2° ASSICURANDO**

€ 1.000,00  € 2.000,00

PER CIASCUN ASSICURANDO  
DEVE ESSERE INDICATO L'IM-  
PORTO DI FRANCHIGIA PRE-  
SCELTO.

#### OPZIONE

ASSICURAZIONE NUCLEO  
FAMILIARE (ASSICURATI EN-  
TRAMBI I CONIUGI) M002.

**A CURA DELL'AGENZIA**

DATA EMISSIONE 1<sup>A</sup> QUIETANZA

\_\_\_\_\_

GIORNO MESE

ANNO

POLIZZE SOSTITUITE \_\_\_\_\_

### ALTRE ASSICURAZIONI

Indicare le altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi a quelli previsti dall'assicurazione VIVIFUTURO Protezione Salute, in corso con Assicurazioni Generali S.p.A., con altre Società, con Enti (escluso INAIL) e per quali somme assicurate; se dette assicurazioni siano state annullate o comunque risolte indicare quando e per quale motivo (in caso negativo indicare "NESSUNA").



## QUESTIONARIO SANITARIO - SECONDO ASSICURANDO

SESSO  DATA DI NASCITA  ALTEZZA: in metri  PESO: in chili

### ABITUDINI DI VITA/ALTRE INFORMAZIONI

**1** È fumatore?

(Per non fumatore deve intendersi la persona che non abbia fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni e che negli ultimi cinque anni non abbia dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica)  SI  NO

Se Sì specificare la quantità giornaliera (1 sigaretta = 1 unità): \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

**2** Assume o ha assunto in passato abitualmente bevande alcoliche in misura superiore a 2 bicchieri di vino/birra per pasto o a un bicchierino di superalcolico al giorno?

(per consumo abituale deve intendersi l'assunzione continuativa e senza interruzioni)  SI  NO

Se Sì specificare la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

**3** Per ragioni di salute (esclusi traumi ossei senza postumi) ha mai cambiato professione o interrotto la professione per più di tre settimane consecutive o di novanta giorni in un anno?  SI  NO

Se Sì specificare la data e le ragioni del cambio di professione

---

**4** Trova attualmente difficoltà nell'eseguire le seguenti attività di vita quotidiana o si avvale, per eseguirne alcune, di supporti o aiuti meccanici (sedia a rotelle, stampelle, bastone o altro apparecchio) o dell'assistenza di una terza persona?  SI  NO

Farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare, coricarsi.

Se Sì specificare le attività e quando è insorta la difficoltà

---

**5** Nella sua parentela consanguinea ci sono stati casi di tumori maligni, malattie miocardicoronariche, ictus, ipertensione giovanile, gotta, dislipidemie, diabete, epilessia od altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie?  SI  NO

Se Sì specificare le malattie

---

**6** Risulta già titolare di coperture assicurative per il rischio di non autosufficienza (Long Term Care)?  SI  NO

Se Sì specificarne la decorrenza delle coperture e l'entità delle prestazioni assicurate

---

### MALATTIE, INFORTUNI E STATI PATOLOGICI PRECEDENTI ED ATTUALI

**7** Soffre attualmente o ha mai sofferto in passato di malattie a carico dei seguenti apparati?

Apparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, genito-urinario, endocrino metabolico, osteoarticolare o muscolare, del sistema nervoso o psichico, del sangue, del sistema immunitario  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

**8** Le sono mai stati diagnosticati tumori maligni o benigni?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

- 9** Soffre di disturbi della memoria, dell'equilibrio, di osteoporosi, di poliartrite, di diabete, di deficit visivi o acustici? (in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita, non indicare deficit visivi o acustici corretti con apposito apparecchio).  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive

---

- 10** Ha subito traumi o infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti? (es.: sportivi, sul lavoro, per incidenti stradali, ecc.)  SI  NO

Se Sì indicare quando, la parte colpita ed i relativi esiti

---

- 11** Riceve o ha mai ricevuto indennizzi a titolo di invalidità o ha fatto domanda per ottenere la qualifica di invalido o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare o ha fatto domanda per ottenerla?  SI  NO

Se Sì indicare quando e per quali ragioni

---

### TERAPIE PRECEDENTI ED ATTUALI

- 12** La pressione arteriosa è stata per periodi continuativi superiore ai valori di norma 140/90 mmhg?  SI  NO

Se Sì specificare se attualmente è in terapia farmacologica ipertensiva e se i valori pressori si sono normalizzati

---

- 13** Assume o ha assunto negli ultimi 5 anni farmaci per periodi continuativi? (es. per: ipertensione, diabete, colesterolo, disfunzioni tiroidee, altre malattie)  SI  NO

Se Sì specificare la motivazione \_\_\_\_\_ il tipo di farmaco \_\_\_\_\_, la quantità giornaliera: \_\_\_\_\_ ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

- 14** Si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati, radio o chemioterapia?  SI  NO

Se Sì specificare quando e per quali motivi

---

### RICOVERI O INTERVENTI CHIRURGICI

- 15** È mai stato ricoverato, o prevede un prossimo ricovero, per interventi chirurgici o procedure invasive? (non indicare i ricoveri avvenuti per parto e quelli avvenuti da oltre due mesi, con completa guarigione, per fratture ossee semplici, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, colecistectomia non dovuta a neoplasia e, in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita o Long Term Care, anche per ernia inguinale, emorroidectomia, meniscectomia, deviazione del setto nasale).  SI  NO

Se Sì indicare quando, per quale motivo, l'eventuale intervento chirurgico ed i relativi esiti e conseguenze, con particolare riguardo all'esito dell'esame istologico

---

---

### VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- 16** Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a visite specialistiche, esami di laboratorio, radiologici, ecografici, cardiologici a seguito dei quali siano state diagnosticate situazioni patologiche?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, quando e con quale esito

---

- 17** Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a endoscopie, angiografie, coronarografie, elettro-encefalogramma o altre indagini non indicate alla domanda precedente?  SI  NO

Se Sì specificarne il tipo, quando e con quale esito

---

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi assicurativi (2), ivi compresi quelli di previdenza complementare (3), da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (4), sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; 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 (5).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (6) – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

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, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (7) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marzocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235.

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 al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito [www.generali.it](http://www.generali.it) riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurando

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

## NOTE

- (1) L'art. 4, co. I, 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. I, 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) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali o dei sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
- (3) Il trattamento è connesso e strumentale alla gestione dei rapporti tra il Fondo Pensione ed i suoi aderenti ed alla gestione e liquidazione di trattamenti pensionistici complementari al sistema obbligatorio pubblico e di eventuali prestazioni, a cui il Fondo Pensione è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- (4) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario, oppure aderenti dei fondi pensione che La qualificano come beneficiario, nonché anche dati consultabili in fase pre-assuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (5) 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, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, aderenti; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione e delle adesioni di previdenza complementare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, strutture sanitarie, pignoratori, vincolatari, società di recupero crediti ed altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono inoltre essere comunicati a società del Gruppo Generali, compagnie di assicurazione, fondi pensione e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti e 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 a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi e consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) 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, ISVAP, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, COVIP, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, INPS, Casellario Centrale Infortuni, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (6) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (7) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. 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.

FAC-SIMILE



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

Direzione per l'Italia - 31021 Mogliano Veneto, via Marocchessa 14 - telefono 041 5492111 - fax 041 942909 - sito internet: [www.generali.it](http://www.generali.it) - e-mail: [info@generali.it](mailto:info@generali.it)



Società costituita nel 1831 a Trieste - Capitale sociale € 1.556.873.283,00 interamente versato - Sede legale in Trieste, piazza Duca degli Abruzzi 2  
Codice fiscale e Registro imprese 00079760328 - Iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione  
Capogruppo del Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi