

## Adeguatezza del prodotto assicurativo

Sono interessato a sottoscrivere un contratto assicurativo relativo ai seguenti rischi:

<p><b>In Autonomia</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Invalidità permanente da infortunio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rendita vitalizia da infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità permanente da malattia</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità permanente da ictus o infarto</p> <p><input type="checkbox"/> Rendita vitalizia da malattia</p>	<p><b>In Attività</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Indennità giornaliera per ricovero da infortunio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Indennità giornaliera per ricovero da infortunio, malattia o parto</p> <p><input type="checkbox"/> Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio o malattia</p> <p><input type="checkbox"/> Indennità giornaliera per inabilità temporanea da infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Indennità giornaliera per immobilizzazione da infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Pronto indennizzo per inabilità prolungata da infortunio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rimborso spese sanitarie da infortunio</p> <p><input type="checkbox"/> Rimborso Spese Pre/Post Ricovero o Intervento</p> <p><input type="checkbox"/> Grandi interventi e malattie oncologiche</p> <p><input type="checkbox"/> Indennizzo forfettario per intervento chirurgico</p> <p><input type="checkbox"/> Perdita dell'impiego</p>
<p><b>In Continuità</b></p> <p><input type="checkbox"/> Morte da Infortunio</p> <p><b>Soluzione personalizzate</b></p> <p><input type="checkbox"/> Spese legali e peritali</p>	<p><b>Dedicato a me – Prevenzione e Assistenza</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Start</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Famiglia</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Senior</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Sportivi</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Professionisti e imprenditori</p> <p><input type="checkbox"/> Assistenza Viaggiatori</p> <p><input type="checkbox"/> Spese per alta diagnostica</p> <p><input type="checkbox"/> Programma di prevenzione sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Prevenzione dentaria</p>

Dopo aver ricevuto illustrazione sia delle condizioni economiche del contratto con durata annuale sia di quelle del contratto con durata poliennale non rescindibile ai sensi della Legge n.99 del 23 luglio 2009 con riduzione del premio di tariffa del 5% per le quali non è possibile disdettare il contratto prima della scadenza prevista in polizza o, se il contratto supera i 5 anni, prima che siano trascorsi 5 anni, con effetto dall'annualità successiva, dichiaro di essere interessato ad una polizza di durata annuale  poliennale .

Sono consapevole che le indicazioni di cui sopra sono finalizzate alla valutazione di coerenza del prodotto e non costituiscono il contenuto della polizza che resta regolato dalle condizioni contrattuali.

### Contraente

Ragione sociale: **R. E. M. SRL**

Partita Iva: **02240470605**

Indirizzo di recapito: **CONTRADA FERRUCCIA 16, 03010, PATRICA (FR)**



### La persona assicurata

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Professione
PACE ADELE	25/01/1960	PCADLA60A65D539K	IMPRENDITORE CHE NON PRESTA OPERA MANUALE, SENZA ACCESSO AI CANTIERI, TETTI, PONTEGGI, IMPALCATURE

### La soluzione assicurativa

	Somme assicurate/ Massimali	Premio di perfezionamento e Rate successive	Di cui imposte
<b>Dedicato a me - Prevenzione e Assistenza</b>			
Prevenzione e Assistenza - Start	Attiva	€ 14,00	€ 1,28
<b>In Autonomia</b>			
Invalità Permanente da Infortunio	€ 300.000,00	€ 475,70	€ 11,61
Rendita Vitalizia da Infortunio	€ 12.500,00	€ 64,03	€ 1,57
<b>In Attività</b>			
Indennità Giornaliera per Ricovero da Infortunio	€/gg 100,00	€ 14,60	€ 0,36
Indennità Giornaliera per Convalescenza da Infortunio	€/gg 100,00	€ 14,60	€ 0,36
Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio	€ 15.000,00	€ 87,07	€ 2,13
<b>Totale</b>		<b>€ 670,00</b>	<b>€ 17,31</b>



#### Sconti applicati

Ulteriore sconto applicato dalla tua agenzia: 14,64%

**€ 670,00** all'anno

È previsto l'adeguamento annuale del premio, delle somme assicurate delle garanzie infortuni secondo quanto indicato nelle condizioni di assicurazione.

Il premio delle garanzie malattie viene adeguato ogni annualità in base all'età raggiunta dall'assicurato/i.



### La validità dell'assicurazione

Dalle ore 24 del 10/06/2020 fino alle ore 24 del 10/06/2021 senza necessità di inviare disdetta.

Prossimo pagamento: **10/06/2021**

La garanzia opera dalle ore 24 del 10/06/2020 se la prima rata di premio è stata pagata, altrimenti sarà operante dalle ore 24 del giorno dell'effettivo pagamento. L'avvenuto pagamento è attestato dalla relativa ricevuta.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza ed ogni altra attività relativa alla vita privata e familiare (ambito di operatività H24).

## La Protezione di ADELE PACE



### Dedicato a me - Prevenzione e Assistenza

#### Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza (dettagliate nelle condizioni di assicurazione) contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance disponibile h24 tutto l'anno, ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia 800 713 782
- dall'estero +39 0258 286 701

comunicando il numero di polizza e il codice della fascia tessera:

- Assistenza Prevenzione e Assistenza - Start - Fascia Tessera GSSS

*Per maggiori dettagli si rimanda al Set Informativo.*



### In Autonomia

Somma assicurata

#### Invalidità permanente da Infortunio

**€ 300.000,00**

Tutela l'assicurato in caso di invalidità permanente (IP) da infortunio, riconoscendo un indennizzo in relazione al grado di IP accertato.

Per determinare l'indennizzo IP si applica la tabella di determinazione INAIL e la franchigia 3%.

L'indennizzo per invalidità permanente viene determinato applicando le seguenti franchigie per scaglione di somma assicurata:

- fino a 150.000,00 euro si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 3 punti;
- sulla parte eccedente 150.000,00 euro e fino ad 400.000,00 euro si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 5 punti;
- sulla parte eccedente 400.000,00 euro si applica la percentuale di invalidità accertata dedotti 10 punti.

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o di un arto Generali Italia liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a 250.000,00 euro.

In caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 12% della totale Generali Italia liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

#### Rendita Vitalizia da Infortunio

**€ 12.500,00**

La rendita vitalizia annua è pagata all'assicurato in caso di invalidità permanente dovuta a un infortunio pari o superiore al 66%.

*Per maggiori dettagli si rimanda al Set Informativo.*



### In Attività

Somma assicurata

#### Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da Infortunio

€ 100,00

Tutela l'assicurato in caso di ricovero e convalescenza a seguito di infortunio.

Giorni franchigia su ricovero: 0

L'indennità giornaliera per convalescenza viene erogata se il ricovero è superiore a 7 gg. e per un numero di giorni pari alla durata del ricovero con il massimo di 30 gg.

#### Rimborso spese sanitarie da Infortunio

€ 15.000,00

Rimborsa all'assicurato le spese mediche sostenute in conseguenza diretta di infortunio.

*Per maggiori dettagli si rimanda al Set Informativo.*



### Condizioni particolari

#### I76157 - Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio

Se a seguito di ricovero o intervento in regime di day surgery indennizzato in base alla copertura assicurativa, di durata continuativa superiore a 7 giorni, viene prescritto all'Assicurato un periodo di convalescenza domiciliare dal medico che lo ha in cura, Generali Italia corrisponde il pagamento dell'indennità giornaliera assicurata in polizza per una durata massima pari ai giorni di degenza, **con il limite di 30 giorni**.

**L'indennità di convalescenza non si cumula con quella prevista per le ernie addominali da causa violenta.**



## Integrazioni contrattuali

---



## Dichiarazioni del contraente e accettazione

---

### Con riferimento al presente contratto

**Dichiaro che prima della sottoscrizione:**

- Ho visionato e/o ricevuto il documento sugli obblighi di comportamento degli intermediari assicurativi verso i clienti (conforme all'allegato 3).
- Il Contraente/Assicurato dichiara altresì di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo – DIP, oltre al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni.
- Ho aggiornato e/o confermato le informazioni riportate nel documento Profilo Cliente n° GGPUC0114957990007 che pertanto sono da intendersi attuali anche ai fini della valutazione di adeguatezza.
- Ho reso nel frontespizio della polizza le ulteriori informazioni utili per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e, pertanto, sono consapevole che il prodotto proposto dall'intermediario corrisponde alle esigenze assicurative da me perseguite.
- Sono stato informato, nell'ambito del servizio di consulenza ricevuto, in merito al fatto che il prodotto proposto mi viene raccomandato, sulla base delle informazioni rese a Generali Italia S.p.A., in quanto ritenuto idoneo a soddisfare i bisogni assicurativi e le specifiche esigenze di copertura da me indicati.

**Inoltre dichiaro che:**

- Gli Assicurati non sono affetti da nessuna delle seguenti patologie: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS, epilessia o una delle seguenti infermità mentali sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive.
- Prendo atto che la garanzia è prestata anche in base alle dichiarazioni risultanti dai documenti contrattuali ed in particolare dal questionario mod. QM/01 allegato per ciascuna delle persone assicurate.



## Privacy

---

- Presa visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che gli stessi saranno trattati secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

### Accettazione

Con la sottoscrizione del documento di polizza esprimo il mio consenso alla conclusione del contratto, dando atto che lo stesso è disciplinato, oltre che da quanto previsto nel presente documento, anche dalle Condizioni di Assicurazione e da quanto previsto negli allegati sopra citati, che dichiaro di conoscere e accettare.

Generali Italia S.p.A.



R.E.N. SRL

Firma del Contraente

### Clausole da approvare specificatamente

In base all'art. 1341 del c.c., dichiaro di approvare specificatamente alcuni articoli delle Condizioni di assicurazione della Parte Comune:

- art. 5.3 "Durata del contratto e proroga dell'assicurazione (DIP - Quando comincia la copertura e quando finisce)" della sezione "Con quali condizioni operative assicuriamo";
- art. 7.15 "Recesso in caso di sinistro" della sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

R.E.N. SRL

Firma del Contraente



\*SDG22870I76400149210\*

**Pagina lasciata intenzionalmente in bianco**