



LUNGAVITA LONG TERM CARE

Agenzia Generale di FROSINONE, 178/00
VIA PIERO GOBETTI 13
03100 - FROSINONE (FR)
Tel. 0775250247
agenzia.frosinone.it@generali.com
FROSINONE@PEC.AGENZIE.GENERALI.COM

ISABELLA TOZZI



Raccomandazione personalizzata

Gentile Cliente,

in esecuzione del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa contenuto nel Profilo Cliente ed in ottemperanza all'art. 59 comma 1 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, La informiamo che, in base ai dati ed alle informazioni da Lei fornitici, ivi inclusi quelli contenuti nel summenzionato Profilo Cliente, il **contratto consigliato**:

- **e' coerente** con i Suoi bisogni assicurativi e le Sue esigenze di copertura
- **e' stato raccomandato in quanto** risponde alla Sua richiesta di assicurarsi dal rischio di non autosufficienza dell'assicurato con una prestazione in forma di rendita immediata vitalizia ed un premio annuo rivalutabile

Le ricordiamo che il Suo consulente e' a Sua completa disposizione per ogni necessita' di supporto o chiarimento.

La società **R. E. M. SRL**, richiamando e confermando la validità ed attualità delle informazioni riportate nel documento **Profilo Cliente n. 0114957990011 aggiornato al 29/06/2021**, formula la seguente Proposta per la conclusione di un Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita di autosufficienza (*) nel compimento degli atti della vita quotidiana.

SOGGETTI**Contraente****R. E. M. SRL**

p. iva: 02240470605

Rappresentante Legale già identificato nel Profilo Cliente e Assicurato**PACE ADELE**

Nato/a il: 25/01/1960
A: FERENTINO (FR)
Cittadinanza: ITALIANA
Codice Fiscale: PCADLA60A65D539K
Eta': 61 anni
Residente in: VIA ALDO MORO 245, 03100, FROSINONE (FR)
Nazione Residenza: ITALIA

Tipo documento: Carta d'identità
Numero: AS5857727
Rilasciata il: 18/05/2011
Scade il: 01/10/2021
Ente e luogo di rilascio: Comune di FROSINONE
Rapporto con il contraente: Rapporti di lavoro/affari
Motivazione dell'individuazione dell'assicurato: Socia

Beneficiari**In caso di perdita dell'autosufficienza:**

L'Assicurato

**ELEMENTI DELLA
PROPOSTA**

Durata contratto: vita intera
Durata pagamento dei premi: 10 anni
Data di decorrenza ():** 29/06/2021

**PREMIO****PRIMA RATA DI PREMIO ANNUALE TOTALE:****€1.210,00**

- Comprensiva dei diritti di emissione: € 10,00
- Rateazione scelta: ANNUALE
- Rata in scadenza il 29/06 di ogni anno: € 1.201,00
- Comprensiva dei diritti di quietanza: € 1,00

Premio Annuo Totale: € 1.200,00

Ai fini fiscali si attesta che il premio comprende euro 1.210,00 relativi al rischio di perdita dell' autosufficienza (copertura in vigore per tutta la vita dell'assicurato e dalla quale Generali Italia non ha facoltà di recesso).

**PRESTAZIONI****PRESTAZIONI DELLA SOLUZIONE SCELTA**

Rendita assicurata annua iniziale per la perdita dell'autosufficienza: € 7.975,46
Pagabile in rate annuali anticipate

Contratto assunto senza visita medica

Gestione Separata GESAV a cui e' collegata la rivalutazione annuale della rendita
Tasso di Interesse tecnico (*)**: 0,50%

**SEPA****ADDEBITO RATE DI PREMIO (MANDATO SEPA)****RIFERIMENTO DEL MANDATO**COD. AZIENDALE SIA: **AKUVR**COD. ASSEGNATO DALL'AZIENDA CREDITRICE AL DEBITORE: **0000000005263070****CONTO DI ADDEBITO IBAN: IT35R0200814809000400004369****TIPO PAGAMENTO: RICORRENTE****CODICE IDENTIFICATIVO DEL CREDITORE: IT570050000000409920584****DATI RELATIVI ALL'AZIENDA CREDITRICE:****Generali Italia S.p.A.** - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV), Italia - Cod. Fiscale 00409920584

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Generali Italia S.p.A. a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Generali Italia S.p.A.. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

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



La tua salute

Avvertenze relative ai 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'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

A.1) Quanto pesi? 63 Kg.

A.2) Quanto sei alto? 165 cm.

B) Sei un fumatore? NO

C) Bevi più di 4 bicchieri di alcolici al giorno o fai abitualmente uso di droghe? NO

Hai o hai mai avuto una di queste malattie?

D) Malattie della tiroide (esclusi i tumori), ipertensione arteriosa (pressione alta), ipercolesterolemia (colesterolo alto), asma, diabete mellito? NO

E) Tumori, infarto, malattie coronariche, angina, epatite B e C, sclerosi multipla, ictus, artrite reumatoide? NO

F) Hai o hai mai avuto un'altra malattia diversa da quelle già indicate? Oppure assumi farmaci per patologie diverse da quelle sopra elencate? NO

G) Sei mai stato ricoverato, hai mai subito interventi chirurgici oppure sei in attesa di un prossimo ricovero o intervento? Hai in corso degli accertamenti diagnostici per sospetta patologia?

SI

Puoi specificare?

asportazione fibroma
(uterino, etc.)

H) Ti risulta difficile o impossibile compiere una o più di queste azioni (in maniera permanente): fare il bagno o la doccia, vestirti o svestirti, provvedere all'igiene del corpo, alla mobilità, gestire la continenza, bere e mangiare? NO

La tua professione

Fai un lavoro che ti espone a dei rischi? ad esempio lavoro su aerei non di linea, lavoro su piattaforme, ponteggi, impalcature, tetti; autista di mezzi con portata superiore ai 35 q.li; contatto con esplosivi; lavoro nell'industria mineraria; lavori subacquei. NO

Il tuo sport

Fai sport?

SI

Pratichi uno sport pericoloso come: alpinismo/sci d'alpinismo in solitaria o con spedizioni extraeuropee, scalate su ghiaccio, speleologia, sport aerei (come ad esempio paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante, volo acrobatico), sport motoristici (come ad esempio automobilismo, motociclismo e motonautica), sport acquatici (come ad esempio immersioni subacquee), vela d'altura, pugilato e altre forme di boxe a livello professionale, sport estremi in genere (come ad esempio base jumping, rooftopping, parkour)? NO



Pagamento contestuale (premio di perfezionamento): No
Modalità di pagamento (premi successivi)
 - SDD

Attenzione: i versamenti effettuati tramite bollettino, bonifico e assegno, quest'ultimo sempre munito della clausola di intrasferibilità, dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A. e, in alternativa, ove indicato nella comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del regolamento Ivass n. 40/2018) consegnata, anche all'agenzia o all'agente in qualità di titolare del mandato di Generali Italia S.p.A.
 Il versamento del premio non può essere effettuato in contanti.



Indirizzo: LOCALITÀ FERRUCCIA 16
Cap: 03010
Comune: PATRICA
Prov.: FR
Nazione: ITALIA
E-Mail: ADELE.PACE@REM-MOTORI.IT



Il contraente è consapevole che Generali Italia si riserva la facoltà di accettare o meno la presente proposta di assicurazione e che comunicherà l'avvenuta accettazione della proposta.



Il contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, inviando una raccomandata all'indirizzo dell'agenzia di riferimento.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, Generali Italia rimborsa al contraente il premio versato, diminuito di eventuali imposte e dei diritti di emissione.
 Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata il contraente e Generali Italia sono liberi da ogni obbligo contrattuale.



Origine e provenienza somme versate: Lavoro Autonomo
Paese di provenienza delle somme versate: ITALIA
Scopo e natura del rapporto: Protezione



Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

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.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla mia salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub(i), (ii), (iii), (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

FROSINONE 29/06/2021



Avvertenza: 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.

Il sottoscritto Legale Rappresentante del Contraente dichiara:

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, il set informativo mod. GVLTCI composto dal documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Vita) per i prodotti Vita diversi dai Prodotti di Investimento Assicurativo (cd. prodotti non IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta;
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto non IBIP (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore (conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n. 40/2018);
- di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura nonché, nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Generali Italia in forza dell'Accordo Quadro in materia di distribuzione assicurativa, la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- di prendere atto che gli importi del premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento utilizzato;
- di conoscere e di accettare i contenuti delle condizioni di assicurazione a sue mani;
- che il presente contratto non è stato collocato completamente mediante tecniche di comunicazione a distanza.

Il sottoscritto si impegna, se la presente proposta sarà accettata senza modificazioni, a versare il premio entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto.



DICHIARAZIONI

Il sottoscritto contraente dichiara che il titolare effettivo della presente richiesta coincide con il contraente ovvero con il soggetto indicato nell'apposito MODULO DI IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE EFFETTIVO PER PERSONA FISICA da allegare.

Si impegna inoltre a comunicare alla Compagnia ogni futura operazione effettuata per conto di un titolare effettivo diverso.

Il sottoscritto Assicurato:

- conferma le dichiarazioni da lui rese nella presente proposta e si impegna a comunicare a Generali Italia qualsiasi eventuale cambiamento del proprio stato di salute che interviene fino alla conferma di accettazione della presente proposta da parte di Generali Italia.
- 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, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ad ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base dei quali verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con i questionari sopra riportati sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse Generali Italia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- dichiara di non aver mai fumato neanche sporadicamente negli ultimi 24 mesi, che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente. Qualora inizi o ricominci a fumare anche sporadicamente provvederà a darne comunicazione scritta a Generali Italia mediante lettera raccomandata eventualmente anche per il tramite del contraente.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

FROSINONE 29/06/2021

Io sottoscritto **ISABELLA TOZZI**, agente/collaboratore dell'Agenzia di FROSINONE 178/00, nel confermare la regolare acquisizione della presente richiesta ed inviandola alla Compagnia, attesto che la stessa è stata correttamente compilata, che le firme sopra riportate sono state correttamente apposte dagli interessati e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di avere identificato direttamente, anche ai sensi del D. LGS 231 del 21 novembre 2007 e succ. mod. e int., i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Inoltre dichiaro che la scelta di questo prodotto è stata effettuata sulla base delle richieste ed esigenze assicurative del cliente nonché delle altre informazioni contenute nel profilo cliente n. 0114957990011 valido al 29/06/2021.

() Per perdita di autosufficienza si intende l'incapacità di svolgere in modo permanente gli atti elementari della vita quotidiana (come farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, prendersi cura dell'igiene del corpo, la mobilità, la continenza e la facoltà di bere e mangiare), per cui si necessita di assistenza da parte di un'altra persona*

*(**) Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza indicata in polizza, coincidente o successiva a quella di conclusione del contratto. Se il premio è versato dopo questa data, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento, come disciplinato dalle Condizioni di Assicurazione.*

*(***) Rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del versamento dei premi*

20210629123821



SVGGV000511960946