

Vita Retail - POLIZZA Valore Protetto Plus N. 31209383

DATI ANAGRAFICI

Agenzia FROSINONE, 178/00		Luogo e data Mogliano Veneto 27/05/2016	
Contraente R. E. M. SRL		Codice fiscale 02240470605	Codice Cliente 11495799
Assicurato PACE ADELE	Data di nascita 25/01/1960	Sesso Femmina	Eta' 56 anni e 0 mesi

BENEFICIARIO

In caso di morte: Il Contraente

PRESTAZIONI ASSICURATE

Capitale assicurato iniziale: (Quarantanovemilasettecentonove/96)	euro	*49.709,96*
--	------	-------------

DURATA DEL CONTRATTO

Decorrenza contratto	Durata contratto	Scadenza contratto	Durata pagamento dei premi
27/05/2016	----	----	15 anni

PREMIO

Importi annui di premio			Rata di perfezionamento		
Assicurazione principale: iniziale	euro	*3.222,88*	Premio netto	euro	*1.643,67*
Da pagarsi in rate semestrali			Diritti di emissione	euro	*10,00*
In scadenza il 27/05 - 27/11 di ogni anno			Totale al perfezionamento	euro	*1.653,67*
Le singole rate di premio vanno aumentate dell'addizionale di frazionamento pari a 2,00%					
Il premio totale di perfezionamento comprende euro *227,54* afferenti al rischio morte.					

ALTRI DATI CONTRATTUALI

- | | | |
|---|-------|---------|
| - Gestione separata: | GESAV | 100,00% |
| - Tasso di interesse tecnico: 1,00% | | |
| - Contratto assunto senza visita medica, pertanto e' attivo il periodo di carenza | | |

- Le condizioni contrattuali regolanti la polizza sono relative al fascicolo informativo GVPP.
- Alla polizza e' allegato il progetto esemplificativo personalizzato.

Il Contraente dichiara, ai sensi della Legge n. 95 del 18 giugno 2015, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, di avere esclusivamente residenza fiscale in Italia o in caso contrario di aver compilato e sottoscritto il modulo allegato alla proposta "Dichiarazione ai fini CRS".

Il sottoscritto Assicurato conferma le dichiarazioni da lui rese nella proposta e negli altri documenti da lui firmati e dichiara che da quell'epoca ad oggi le sue condizioni di salute sono rimaste immutate.

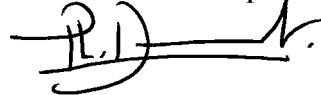
Il sottoscritto Contraente dichiara di assumere ogni responsabilità in merito alle surrichiamate dichiarazioni dell'Assicurato e conferma l'accettazione delle Condizioni di polizza, già data in occasione della firma dell'atto di proposta.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato (quando non sia lo stesso Contraente)

Firma del Contraente

Generali Italia S.p.A.



Il pagamento della rata di perfezionamento dell'ammontare di euro *1.653,67*

e' stato effettuato in mie mani oggi alle ore

Firma dell'Agente (o del suo incaricato)

.....

POLIZZAGV

Pagina 2 di 2