Generali Orchestra Private Insurance
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRAMO A PREMIO UNICO E VERSAMENTI AGGIUNTIVI
(DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 01/06/2026)

MODULO DI PROPOSTA N°

IDENTIFICAZIONE DELL'INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

Codice: ..... | Subcodice: .....

Generali Luxembourg S.A.
Società anonima di diritto lussemburghese

Sede legale:
1, rue Peternelchen, L-2370 Hesperange
RCS Luxembourg B 165407
Società appartenente al Gruppo Generali
iscritta nel registro italiano delle società
assicurative con il numero 026

www.generali.lu

È obbligatorio compilare tutti i campi. Diversamente, questo Modulo di Proposta non potrà essere accettato e sarà restituito al potenziale Contraente.La Compagnia si riserva il diritto di richiedere qualsiasi informazione e/o qualsiasi documento che ritiene necessario per l'esercizio dei propri obblighi normativi.

Si prega di compilare il presente Modulo in LETTERE MAIUSCOLE.

Se non diversamente specificato, i termini al singolare si applicano anche al plurale e viceversa.

I termini usati al maschile si riferiscono anche al femminile.

I termini indicati con lettera maiuscola, ove non diversamente indicato nella presente Proposta, assumono il significato definito nel Glossario.

SI INVITA IL CONTRAENTE A PRESTARE PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA E DEI DOCUMENTI AD ESSO ALLEGATI PERCHÉ EVENTUALI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE.

CONTRAENTE PERSONA FISICA

CONTRAENTE 1

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Numero del doucmento di identità: .....

Codice fiscale: .....

Indirizzo postale: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Provincia: .....

Paese: .....

Data di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

a: .....

Nazionalità [1]: ☐ Italiana

☐ Altro: Specificare .....

Seconda nazionalità (se necessario): .....

Paese di residenza fiscale: .....

Telefono: .....

E-mail: .....

CONTRAENTE 2

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Numero del documento di identità: .....

Codice fiscale: .....

Indirizzo postale: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Provincia: .....

Paese: .....

Data di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

a: .....

Nazionalità [1]: ☐ Italiana

☐ Altro: Specificare .....

Seconda nazionalità (se necessario): .....

Paese di residenza fiscale: .....

Telefono: .....

E-mail: .....

CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA O CONTRAENTE SOCIETÀ FIDUCIARIA

Denominazione/Ragione Sociale: .....

Data di costituzione: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

Numero di registrazione al Registro Imprese n°: .....

Partita IVA/Cod. fiscale: .....

Paese di residenza fiscale :.....

[1] Si prega di elencare tutte le nazionalità

Indirizzo della sede legale : N° .....Via .....

Codice postale..... Città .....Paese .....

Se la sede principale dell'attività è diversa dall'indirizzo della sede legale, specificare l'indirizzo e il paese .....

....

Paese di iscrizione:.....

LEGALE RAPPRESENTANTE

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Cognome di nascita: .....

Codice fiscale: .....

Data di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

a: .....

Nazionalità [1]: ☐ Italiana

☐ Altro: Specificare .....

Seconda nazionalità (laddove presente).....

Telefono: .....

Nome: .....

Indirizzo: .....

.....

Codice postale: ..... Città: .....

Provincia: .....

Paese di residenza: .....

E-mail: .....

Poteri di firma [2]: .....

☐ INTESTAZIONE FIDUCIARIA **Se sì, compilare l'allegata "Dichiarazione di titolare effettivo in caso di mandato fiduciario"**

ASSICURATO

ASSICURATO 1

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Codice fiscale: .....

Indirizzo: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Provincia: .....

Paese di residenza: .....

Data di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

a: .....

Nazionalità [1]: ☐ Italiana

☐ Altro: Specificare .....

Stato civile: .....

Relazione con il Contraente: .....

ASSICURATO 2

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Codice fiscale: .....

Indirizzo: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Provincia: .....

Paese di residenza: .....

Data di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘

a: .....

Nazionalità [1]: ☐ Italiana

☐ Altro: Specificare .....

Stato civile: .....

Relazione con il Contraente: .....

DURATA DEL CONTRATTO

Durata indeterminata (Contratto a vita intera)

Il Contratto si risolve in caso di:

- Recesso del Contraente
- Decesso dell'Assicurato
- Riscatto totale del Contratto

In caso di Contratto concluso con due Assicurati, il diritto alle Prestazioni assicurative sorge:

☐ al decesso del primo tra gli Assicurati

☐ al decesso dell'ultimo Assicurato rimasto in vita

In mancanza di istruzioni, in caso di sottoscrizione da parte di una persona giuridica (non società fiduciaria), il diritto alle Prestazioni assicurative sorge al decesso dell'ultimo Assicurato rimasto in vita. Diversamente, in caso di sottoscrizione da parte di persona fisica (o per il tramite di società fiduciaria), il diritto alle Prestazioni sorge al decesso del primo tra gli Assicurati.

(1) Si prega di elencare tutte le nazionalità

(2) Specificare le fonti dei poteri rappresentativi in capo al legale rappresentante della Persona giuridica / società fiduciaria (procure notarili, delibere di organi sociali, ecc.)

BENEFICIARI CASO MORTE

Il Contraente può designare il o i Beneficiari per il caso morte in forma nominativa o generica.

IN CASO DI MANCATA DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI IN FORMA NOMINATIVA, ALLA SCADENZA DEL CONTRATTO LA COMPAGNIA POTRÀ INCONTRARE MAGGIORI DIFFICOLTÀ NELLA RICERCA E IDENTIFICAZIONE DEI BENEFICIARI.

La modifica o la revoca dei Beneficiari di seguito designati deve essere comunicata alla Compagnia.

Se non specificamente indicato, le Prestazioni assicurative saranno ripartite in parti uguali tra tutti i Beneficiari.

☐ CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA
Qualora il Contraente sia una Persona giuridica, il Beneficiario caso decesso sarà la Persona giuridica medesima per il 100% della Prestazione.

☐ CONTRAENTE FIDUCIARIA E FIDUCIANTE PERSONA GIURIDICA
Qualora il Fiduciante sia una Persona giuridica, il Beneficiario caso decesso sarà la Persona giuridica medesima per il 100% della Prestazione.

☐ CONTRAENTE PERSONA FISICA o CONTRAENTE FIDUCIARIA E FIDUCIANTE PERSONA FISICA

CLAUSOLA BENEFICIARIA NOMINATIVA

Il Contraente nomina il Beneficiario di seguito indicato che avrà diritto alle Prestazioni assicurative previste dal Contratto:

Beneficiario Persona fisica 1

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....
Cognome da nubile: .....
Data e luogo di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
a: .....
Nazionalità [1]: ☐ Italiana
☐ Altro: Specificare .....
Telefono: .....

Nome: .....
Codice fiscale: .....
Indirizzo postale completo e Paese di residenza: .....
.....
.....
E-mail: .....
% Prestazione in Caso di Decesso: └┴┘ %

Relazione con il Contraente (informativa richiesta dalla normativa antiriciclaggio): .....

Beneficiario Persona fisica 2

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....
Cognome da nubile: .....
Data e luogo di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
a: .....
Nazionalità [1]: ☐ Italiana
☐ Altro: Specificare .....
Telefono: .....

Nome: .....
Codice fiscale: .....
Indirizzoostale completo e Paese di residenza: .....
.....
.....
E-mail: .....
% Prestazione in Caso di Decesso: └┴┘ %

Relazione con il Contraente (informativa richiesta dalla normativa antiriciclaggio): .....

[1] Si prega di elencare tutte le nazionalità

Beneficiario Persona fisica 3

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....
Nome: .....
Cognome da nubile: .....
Codice fiscale: .....
Data e luogo di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
Indirizzoostale completo e Paese di residenza: .....
a: .....
.....
Nazionalità [1]: ☐ Italiana
.....
☐ Altro: Specificare .....
E-mail: .....
Telefono: .....
% Prestazione in Caso di Decesso: └┴┘ %

Relazione con il Contraente (informativa richiesta dalla normativa antiriciclaggio): .....

Beneficiario Persona fisica 4

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....
Nome: .....
Cognome da nubile: .....
Codice fiscale: .....
Data e luogo di nascita: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
Indirizzoostale completo e Paese di residenza: : .....
a: .....
.....
Nazionalità [1]: ☐ Italiana
.....
☐ Altro: Specificare .....
E-mail: .....
Telefono: .....
% Prestazione in Caso di Decesso: └┴┘ %

Relazione con il Contraente (informativa richiesta dalla normativa antiriciclaggio): .....

Beneficiario Persona Giuridica 1

Denominazione/Ragione Sociale: .....
.....
Data di costituzione: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
Numero di registrazione al Registro Imprese n°: .....
Partita IVA/Cod. fiscale: .....
Indirizzo o sede legale: .....
.....
Recapito Telefonico: .....
% della Prestazione in Caso di Decesso: └┴┴┘ %

Beneficiario Persona Giuridica 2

Denominazione/Ragione Sociale: .....
.....
Data di costituzione: └┴┘└┴┘└┴┴┴┘
Numero di registrazione al Registro Imprese n°: .....
Partita IVA/Cod. fiscale: .....
Indirizzo o sede legale: .....
.....
Recapito Telefonico: .....
% della Prestazione in Caso di Decesso: └┴┘ %

[1] Si prega di elencare tutte le nazionalità

ALTRA CLAUSOLA BENEFICIARIA

☐ CLAUSOLA BENEFICIARIA SU CARTA LIBERA ALLEGATA
Il Contraente dovrà compilare la clausola beneficiaria nel modo più completo possibile precisando nome, cognome, data e luogo di nascita nonché coordinate di residenza e recapito di ciascun Beneficiario designato.

BENEFICIARIO NON NOMINATIVAMENTE INDIVIDUATO
Il Contraente nomina quale/I Beneficiario/i del 100 % della Prestazione in Caso di Decesso, suddivisa in parti uguali:
☐ Gli Eredi Legittimi del Contraente; oppure ☐ dell'Assicurato rilevante per l'Evento Assicurato;
☐ Gli Eredi Testamentari (o, in mancanza di testamento, gli Eredi legittimi) del Contraente; oppure ☐ dell'Assicurato rilevante per l'Evento Assicurato.

REFERENTE TERZO
Il Contraente può indicare i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo, diverso dal bene
ficiario, a cui l'impresa potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

☐ Sig. ☐ Sig.ra

Cognome: .....

Nome: .....

Data e luogo di nascita: └┴┘┴┘┴┴┴┴┘

Codice fiscale: .....

a: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

.....

.....

Codice postale: ..... Città: .....

E-mail: .....

PRESTAZIONI ASSICURATIVE

PRESTAZIONI ASSICURATIVE IN CASO DI COPERTURA ASSICURATIVA “STANDARD”

In caso di decesso dell’Assicurato, al o ai Beneficiari verrà corrisposto un importo pari alla somma tra il Valore di Riscatto Totale, maggiorato di un importo pari ad una percentuale del Valore Raggiunto dal Contratto. Tale importo aggiuntivo rappresenterà il capitale assicurato dalla Compagnia. La percentuale con cui verrà calcolato il capitale assicurato (Beneficio Caso Morte Standard) varierà a seconda dell’età dell’Assicurato al momento del suo decesso, con un limite di copertura variabile come descritto nella Tabella di seguito riportata:

Età Assicurato al decesso	Beneficio Caso Morte Standard	Limite di copertura
18-59	5%	2.000.000 €
60-69	1%	2.000.000 €
70-75	1%	1.500.000 €
76+	1%	750.000 €

COPERTURE ASSICURATIVE OPZIONALI

Il Contraente può selezionare una delle seguenti Coperture assicurative opzionali per il rischio decesso dell’Assicurato:

☐ COPERTURA ASSICURATIVA “STANDARD ESTESA”

Percentuale Estesa al: .....%

Al momento della sottoscrizione o in corso di Contratto, il Contraente potrà scegliere di estendere il Beneficio caso morte Standard dell’1, 2, 3 o 4% del Valore Raggiunto dal Contratto (in aggiunta alla Copertura standard), fino alla percentuale massima indicata nella Tabella di seguito riportata:

Beneficio Caso Morte Standard	MAX. Beneficio Caso Morte Esteso	Età al Decesso	Limite di copertura
5%	5%	18-59	2.000.000 €
1%	5%	60-69	2.000.000 €
1%	5%	70-75	1.500.000 €
1%	1%	76+	750.000 €

In caso di decesso dell’Assicurato, al o ai Beneficiari verrà quindi corrisposto un importo pari al Valore di Riscatto Totale, maggiorato di un importo, pari alla “percentuale estesa” del Valore Raggiunto dal Contratto scelta dal Contraente.

☐ COPERTURA ASSICURATIVA “PROTEZIONE DEL PREMIO INVESTITO”

Il Beneficio caso morte offerto dalla presente Copertura assicurativa opzionale è pari all’importo più elevato tra il Beneficio della Copertura Standard e la differenza tra il 100% dei Premi investiti (presi in considerazione gli importi di eventuali precedenti Riscatti parziali e/o Premi aggiuntivi) ed il Valore Raggiunto dal Contratto ad una data definita in base al giorno in cui la Compagnia sarà informata del decesso dell’Assicurato, qualora questa dovesse risultare positiva.

In caso di selezione della presente Copertura assicurativa la Compagnia assume pertanto una parte del rischio d’investimento del Contratto.

Il limite di copertura complessivamente applicabile alle coperture assicurative “Protezione del Premio Investito” e “Simplified Cliquet” costituisce l’importo massimo che la Compagnia assegna a ciascun Assicurato per tutte le polizze in cui questi rivesta la qualifica di Assicurato. Tale limite massimo complessivo, indipendentemente dalla fascia di età dell’Assicurato, è pari a 10.000.000,00€ e non potrà, in ogni caso, eccedere il 30% dei premi netti versati in tutte le polizze aventi lo stesso Assicurato.

I Benefici caso morte di ciascuna Copertura opzionale non sono cumulabili tra loro.

Si rimanda all’Art. 5 delle Condizioni generali di Contratto per maggiori dettagli sul Beneficio caso morte (capitale assicurato), relativi limiti di copertura, limiti di età e requisiti di sottoscrizione, nonché all’Art. 7 per la definizione del Periodo di carenza e delle cause di esclusione dalle Coperture assicurative sopra definite.

Ai fini dell’attivazione delle Coperture assicurative, ogni Assicurato dovrà compilare un apposito questionario medico.
In ogni caso la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ogni altra informazione e/o documento aggiuntivo che reputi necessario per adempiere ai propri obblighi di legge o di Contratto.

IMPORTO DEL PREMIO UNICO INIZIALE

Importo totale del Premio unico iniziale: ..... € (minimo 2.500.000 Euro)

La valuta di riferimento del Contratto è l'Euro.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ Tramite bonifico da effettuarsi obbligatoriamente dal conto bancario del Contraente (è necessario allegare una copia dell'avviso di esecuzione del bonifico e gli estremi bancari con identificativo IBAN a favore del conto corrente intestato a Generali Luxembourg S.A. n. LU45 061 755408 2600 EUR, aperto presso Société Générale Bank e Trust Luxembourg (codice BIC: SGABLULL) o su qualsiasi altro conto bancario autorizzato dalla Compagnia).

COSTI DEL CONTRATTO

COSTI DI CARICAMENTO (INGRESSO)

Costi applicabili al Premio iniziale e a ciascun Premio aggiuntivo	..... (max. 4,50%)
Costi a titolo di costo fisso per l'investimento del Premio iniziale e ciascun Premio aggiuntivo	..... (max. 2.000,00 Euro)

COSTI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA ANNUALI

Fondo Generale:	..... (max. 1,50%)	Fondi Esterni:	..... (max. 1,85%)	Fondi Interni Dedicati:	500 € + ... (max 1,85%)

I Costi di gestione amministrativa sono dovuti a fronte dell'attività di salvaguardia e monitoraggio e dei servizi di amministrazione e gestione del Contratto prestati dalla Compagnia:

- Per il Fondo Generale e i Fondi Esterni sono a carico del Contraente e sono prelevati, rispettivamente, mediante riduzione della Partecipazione agli utili e mediante riduzione del numero di quote associate al Contratto.
- Per i Fondi Interni sono a carico del singolo Supporto d'Investimento (Fondo Interno Collettivo e Fondo Interno Dedicato) e sono prelevate mediante riduzione del NAV del fondo.

Una parte di tali Costi di gestione amministrativa del Contratto potrebbero essere retrocessi al distributore assicurativo quale remunerazione per la sua attività di distribuzione, salvo che questo non abbia previamente informato la Compagnia in merito all'eventuale pagamento a mezzo onorario direttamente dal Contraente.

ALTRI COSTI

Costi di Switch:

- *Switch* da/verso FID: 250€;
- *Switch* da/verso Fondi Esterni/Fondo Generale: 150€.

Costi di Riscatto:

In caso di Riscatto totale o parziale, nel corso del primo anno di durata del Contratto, la Compagnia applica dei Costi di Riscatto pari allo 1,00% dell'importo disinvestito; tale percentuale decresce dello 0,20% per ciascun anno di durata contrattuale fino al quinto anno.
Tali costi vengono prelevati dalla liquidità generata dalle operazioni di disinvestimento.

Costi relativi ai Fondi Interni Dedicati:

- Cambio di Banca Depositaria: Euro 500,00 a titolo di spese amministrative, prelevato mediante riduzione del NAV del fondo.
- Cambio di Gestore Finanziario Abilitato: Euro 500,00 a titolo di spese amministrative, prelevato mediante riduzione del NAV del fondo.

Si prega di fare riferimento all'articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di esecuzione del cambio di Banca Depositaria e di Gestore Finanziario.

Altri costi relativi ai Fondi Interni Collettivi e Dedicati:

Si rimanda all'Art. 21 delle Condizioni generali per gli altri costi relativi ai Fondi Interni Colletivi e Dedicati.

OPZIONE DI PRELIEVO PROGRAMMATO AI FINI DELL'IMPOSTA SULLE RISERVE MATEMATICHE (IRM)

Sezione da compilare solo in caso di Contraente o Fiduciante persona fisica.

Il Contraente dichiara di (selezionare la scelta):

☐ **autorizzare** la Compagnia, durante i primi 5 anni dall'emissione della polizza, a prelevare annualmente, da ciascun Supporto d'Investimento, la somma destinata al pagamento dell'IRM nei modi e termini previsti dalle Condizioni generali di Contratto. In questo caso, i Costi di gestione amministrativa annui, sopra indicati, saranno applicati con una riduzione pari allo 0,05%;

COSTI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA ANNUALI IN SEGUITO ALL'APPLICAZIONE DEL PRELIEVO PROGRAMMATO:

Fondo Generale:	Fondi Esterni:	Fondi Interni Collettivi:	Fondi Interni Dedicati: 500 € + ...

☐ **non autorizzare** la Compagnia, durante i primi 5 anni dall'emissione della polizza, a prelevare annualmente, da ciascun Supporto d'Investimento, la somma destinata al pagamento dell'IRM. In questo caso, i Costi di gestione amministrativa annui, sopra indicati, saranno applicati senza riduzione dello 0,05%.

La selezione dell'opzione prescelta è irrevocabile per l'intera durata del Contratto.

ALLOCAZIONE DEL PREMIO INIZIALE

Il Premio iniziale è ripartito come segue:

Supporti d'investimento	Codice ISIN (obbligatorio per i Fondi esterni)	Importo
Fondo Generale %	-	..... € o ..... %
Fondi Esterni e/o Interni selezionati (denominati):		
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
.....	└_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┴_┘	..... € o ..... %
TOTALE:		..... 0,00 € o 100%

L'Importo minimo è di Euro 10.000 per il Fondo Generale.
Per ogni Fondo Esterno selezionato e per ogni Fondo Interno Collettivo, l'importo minimo è di Euro 10.000,00.
Per ogni Fondo Interno Dedicato, l'importo minimo è di Euro 1.000.000,00.

ISTRUZIONI DI COMUNICAZIONE

Il Contraente ha la possibilità di ricevere le comunicazioni inviate dalla Compagnia in corso di Contratto su supporto cartaceo o per posta elettronica. **Il supporto cartaceo è l'opzione predefinita ma il Contraente può richiedere di ricevere ogni comunicazione inviata dalla Compagnia a mezzo posta elettronica.**

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO SU SUPPORTO CARTACEO

COMUNICAZIONI AL CONTRAENTE

Le comunicazioni riguardanti il Contratto dovranno essere trasmesse al Contraente al seguente indirizzo (specificare l'indirizzo di corrispondenza, se diverso dall'indirizzo di residenza sopra menzionato):

☐ Contraente persona fisica 1 (*) .....

☐ Contraente persona giuridica .....

☐ Contraente fiduciaria .....

(*) In caso di due (2) Contraenti l'indirizzo di corrispondenza al quale la Compagnia invierà le proprie comunicazioni sarà quello del Contraente 1. Ogni comunicazione inviata all'indirizzo indicato dal Contraente 1 sarà ritenuta avvenuta anche al Contraente 2.

COMUNICAZIONI ALL' INTERMEDIARIO ASSICURATIVO
(si prega di compilare anche l'apposito Incarico di Divulgazione Specifica)

Qualora il Contraente intenda richiedere alla Compagnia che le comunicazioni riguardanti il Contratto siano inviate al distributore assicurativo ("Intermediario"), si prega di selezionare una delle due caselle. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di contattare il Contraente direttamente all'ultimo indirizzo di residenza comunicato. La Compagnia avrà la facoltà, ma non l'obbligo, di contattare il Contraente a qualsiasi altro indirizzo presso il quale, a giudizio della Compagnia, le informazioni possano raggiungere i Contraenti, utilizzando a tal fine i mezzi di comunicazione che la Compagnia ritenga più adeguati (per esempio telefono, fax o e-mail). In caso di due Contraenti, è sufficiente che ciascuna comunicazione sia data a uno di loro, essendo inteso che ciascun Contraente conferisce mandato all'altro.

☐ Il Contraente desidera che la Compagnia invii tutte le comunicazioni riguardanti il Contratto esclusivamente al Consulente.

Con la presente dichiarazione il Contraente conferisce:

- alla Compagnia ogni più ampio potere per trasmettere all'Intermediario tutti i dati, documenti e informazioni inerenti la sottoscrizione e la gestione del proprio Contratto;
- all'Intermediario ogni più ampio potere per rappresentare il Contraente nei confronti della Compagnia al solo fine di acquisire, in nome e per conto del Rappresentato, tutti i dati, documenti e informazioni relativi al proprio Contratto e di ricevere, ritirare o prelevare tutti i documenti a disposizione del Contraente emessi dalla Compagnia, esonerando la stessa dall'invio al Contraente ai sensi delle Condizioni generali di Contratto. L'Intermediario potrà trasmettere alla Compagnia richieste d'informazioni con la sua sola firma, per posta, fax o anche per posta elettronica, e in genere fare quanto necessario ai fini dell'ottenimento delle informazioni necessarie.

Il Contraente accetta che la Compagnia non si assuma alcuna responsabilità, salvo che per colpa grave, in caso di errore nell'identificazione del Rappresentante o altro errore da parte sua che possa comportare danni o altri pregiudizi al Contraente o al Contratto. In tutti i casi, la Compagnia ha il diritto di rifiutare di ottemperare alla domanda presentata da una persona la cui identificazione e i cui poteri non le appaiano sufficientemente definiti.

Il presente mandato è modificabile o revocabile in qualsiasi momento su semplice richiesta scritta trasmessa alla Compagnia da parte del Contraente. La revoca avrà effetto dalla data di ricevimento da parte della Compagnia. Il Contraente dichiara con la presente di revocare qualsiasi mandato esplicito o implicito precedentemente conferito a qualsiasi altro consulente.

In caso di doppia contraenza, la revoca potrà essere effettuata a firma congiunta, ovvero con efficacia per un solo Contraente. In entrambi i casi, le comunicazioni successive alla data di effetto della revoca, verranno effettuate secondo le nuove istruzioni conferite congiuntamente dai Contraenti.

Il Contraente è consapevole che l'invio di documenti e/o comunicazioni attinenti al Contratto all'indirizzo di corrispondenza dell'Intermediario è da intendersi equivalente, ad ogni effetto di legge, al recapito effettuato presso l'indirizzo di residenza/sede legale e, pertanto, implica accettazione dei predetti documenti da parte del destinatario.

☐ Il Contraente desidera che la Compagnia invii una copia di tutte le comunicazioni riguardanti il Contratto al Consulente, fermo restando che i documenti originali siano trasmessi al Contraente.

Le comunicazioni riguardanti il Contratto dovranno essere trasmesse all'Intermediario al seguente indirizzo:

.....

.....

.....

.....

.....

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA PER L'INVIO TRAMITE POSTA ELETTRONICA

Qualora il Contraente opti per la forma elettronica, è pregato di selezionare il riquadro che segue e di fornire un valido indirizzo di posta elettronica personalmente utilizzato. In ogni caso, il Contraente ha il diritto di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo della o delle comunicazioni inviate a mezzo posta elettronica.

☐ Il sottoscritto Contraente persona fisica 1 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Compagnia, e relative al Contratto, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo .....

.....

Il sottoscritto Contraente persona fisica 1 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Compagnia. Il Contraente persona fisica 1 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.

☐ Il sottoscritto Contraente persona fisica 2 richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Compagnia, e relative al presente Contratto, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo .....

.....

Il sottoscritto Contraente persona fisica 2 dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Compagnia. Il Contraente persona fisica 2 prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.

☐ Il sottoscritto Contraente persona giuridica richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Compagnia, e relative al presente Contratto, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo .....

.....

Il sottoscritto Contraente persona giuridica dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Compagnia. Il Contraente persona giuridica prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.

☐ Il sottoscritto Contraente su base fiduciaria richiede di ricevere le comunicazioni in corso di Contratto inviate dalla Compagnia, e relative al presente Contratto, a mezzo posta elettronica da inviare al seguente indirizzo .....

.....

Il sottoscritto Contraente su base fiduciaria dichiara di avere accesso regolare a internet e che tale modalità di consegna è appropriata al contesto in cui si svolge il rapporto con la Compagnia. Il Contraente su base fiduciaria prende atto e riconosce che la modalità di comunicazione a mezzo posta elettronica risulta appropriata se il medesimo fornisce l'indirizzo di posta elettronica al momento della relativa richiesta.

Il Contraente riconosce che la mancata selezione del riquadro da parte del relativo Contraente comporterà l'applicazione dell'opzione predefinita e pertanto l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto su supporto cartaceo.

COMUNICAZIONI AL BENEFICIARIO INDICATO IN FORMA NOMINATIVA

La Compagnia invierà le comunicazioni in corso di Contratto oltre che al Contraente anche a ciascun Beneficiario indicato in forma nominativa, a meno che il Contraente decida diversamente scegliendo una delle opzioni che seguono (in tal caso, selezionare soltanto una delle due caselle):

☐ Il Contraente esclude l'invio delle comunicazioni in corso di Contratto a ciascun Beneficiario.

☐ Il Contraente richiede alla Compagnia di inviare il rendiconto annuale del Contratto a ciascun Beneficiario indicato in forma nominativa, riconoscendo che il rendiconto fornisce a ciascun Beneficiario tutte le informazioni necessarie relative al Contratto.

Nel caso in cui la Compagnia sia tenuta agli obblighi di invio anche al Beneficiario indicato in forma nominativa, Il Contraente prende atto e accetta che tali obblighi saranno adempiuti dalla Compagnia secondo le stesse modalità di trasmissione selezionate per il Contraente (modalità cartacea o a mezzo posta elettronica, a seconda di quanto optato); (ii) riconosce che gli obblighi di invio saranno eseguiti soltanto nei confronti del Beneficiario noto alla Compagnia e presso i recapiti a questa comunicati. In tal senso, il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia ogni eventuale variazione o revoca del Beneficiario e a informare tempestivamente la Compagnia in merito alla modifica dei rispettivi recapiti.

QUESTIONARIO FATCA / CRS-OCSE (PERSONA FISICA)

PARTE DA NON COMPILARE IN CASO DI INTESTAZIONE FIDUCIARIA

In virtù di quanto segue:

- legge lussemburghese del 18 dicembre 2015 di recepimento della Direttiva 2014/107/UE e in relazione allo scambio automatico e obbligatorio di informazioni nel settore fiscale;
- normativa emessa dal governo degli Stati Uniti d'America in materia di lotta contro l'evasione fiscale (legge FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act) e del successivo accordo concluso il 28 marzo 2014 tra il governo lussemburghese e statunitense.

Generali Luxembourg S.A. ha l'obbligo di raccogliere le seguenti informazioni al fine di determinare il suo paese di residenza fiscale. A tal fine, si prega di rispondere alle seguenti domande:

CONTRAENTE 1

1. Sono cittadino (*) degli Stati Uniti d'America

   ☐ Sì ☐ No

2. Sono residente fiscale (*) negli Stati Uniti d'America

   ☐ Sì ☐ No

Qualora abbia spuntato la casella "Sì" a una delle suddette domande, non potrà firmare il presente Modulo di Proposta. La invitiamo in tal caso a rivolgersi al suo intermediario assicurativo.

Qualora abbia spuntato la casella "No" alle due suddette domande, la invitiamo a rispondere alle due domande seguenti:

3. È in possesso di un numero di identificazione fiscale degli Stati Uniti d'America (TIN) ma non è più residente fiscale negli Stati Uniti d'America?

   ☐ Sì TIN n. .....

   ☐ No

4. È residente fiscale in un paese diverso dal Lussemburgo?

   ☐ Sì ☐ No

Se ha risposto "Sì" alla domanda 4, voglia indicare il/i paese/i in cui ha obblighi dichiarativi in materia fiscale nonché il numero di identificazione fiscale (NIF) corrispondente, qualora il paese lo rilasci:

- Nome del paese .....

  NIF (**) .....

- Nome del paese .....

  NIF (**) .....

Nel firmare il presente Modulo di Proposta, confermo l'esattezza delle informazioni trasmesse e di non essere cittadino degli Stati Uniti d'America, né residente fiscale negli Stati Uniti d'America. Mi impegno a trasmettere il certificato W-8BEN alla Compagnia se in possesso di un TIN ma non più residente fiscale negli Stati Uniti d'America. Mi impegno a informare la Compagnia nel caso di cambiamento di situazione che potrebbe avere un'incidenza sulle risposte trasmesse nel presente questionario.

Generali Luxembourg può, ove applicabile, automaticamente o su richiesta, inviare informazioni relative al Contratto e al (co) Contraente all'Administration des Contributions Directes (ACD) del Lussemburgo, al fine di adempiere ai propri obblighi nel contesto dello scambio automatico di informazioni di cui sopra.

CONTRAENTE 2

1. Sono cittadino (*) degli Stati Uniti d'America

   ☐ Sì ☐ No

2. Sono residente fiscale (*) negli Stati Uniti d'America

   ☐ Sì ☐ No

Qualora abbia spuntato la casella "Sì" a una delle suddette domande, non potrà firmare il presente Modulo di Proposta. La invitiamo in tal caso a rivolgersi al suo intermediario assicurativo.

Qualora abbia spuntato la casella "No" alle due suddette domande, la invitiamo a rispondere alle due domande seguenti:

3. È in possesso di un numero di identificazione fiscale degli Stati Uniti d'America (TIN) ma non è più residente fiscale negli Stati Uniti d'America?

   ☐ Sì TIN n. .....

   ☐ No

4. È residente fiscale in un paese diverso dal Lussemburgo?

   ☐ Sì ☐ No

Se ha risposto "Sì" alla domanda 4, voglia indicare il/i paese/i in cui ha obblighi dichiarativi in materia fiscale nonché il numero di identificazione fiscale (NIF) corrispondente, qualora il paese lo rilasci:

- Nome del paese .....

  NIF (**) .....

- Nome del paese .....

  NIF (**) .....

Nel firmare il presente Modulo di Proposta, confermo l'esattezza delle informazioni trasmesse e di non essere cittadino degli Stati Uniti d'America, né residente fiscale negli Stati Uniti d'America. Mi impegno a trasmettere il certificato W-8BEN alla Compagnia se in possesso di un TIN ma non più residente fiscale negli Stati Uniti d'America. Mi impegno a informare la Compagnia nel caso di cambiamento di situazione che potrebbe avere un'incidenza sulle risposte trasmesse nel presente questionario.

Generali Luxembourg può, ove applicabile, automaticamente o su richiesta, inviare informazioni relative al Contratto e al (co) Contraente all'Administration des Contributions Directes (ACD) del Lussemburgo, al fine di adempiere ai propri obblighi nel contesto dello scambio automatico di informazioni di cui sopra.

(*) La definizione di residente fiscale e di cittadino degli Stati Uniti d'America è indicata all'articolo "Regolamentazione relativa allo scambio automatico di informazioni in materia fiscale" delle Condizioni generali del Contratto "Generali Orchestra Private Insurance".

(**) I numeri di identificazione fiscale (NIF o TIN in inglese) sono utilizzati da alcune giurisdizioni e servono a identificare i contribuenti e agevolare l'amministrazione nell'ambito della fiscalità interna. Per maggiori informazioni sui numeri di identificazione fiscale, il Contraente può far riferimento alla normativa interna delle giurisdizioni. Informazioni di carattere generale relative al NIF di ciascun Stato membro dell'Unione Europea sono a disposizione sul sito della Commissione Europea (http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/tax_cooperation/mutual_assistance/tin/index_fr.htm). Si fa presente che è obbligatorio indicare il NIF se il paese di residenza lo rilascia.

QUESTIONARIO FATCA / CRS-OCSE (PERSONA GIURIDICA)

PARTE DA NON COMPILARE IN CASO DI INTESTAZIONE FIDUCIARIA

In virtù di quanto segue:

- legge lussemburghese del 18 dicembre 2015 di recepimento della Direttiva 2014/107/UE e in relazione allo scambio automatico e obbligatorio di informazioni nel settore fiscale;
- normativa emessa dal governo degli Stati Uniti d'America in materia di lotta contro l'evasione fiscale (legge FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act) e del successivo accordo concluso il 28 marzo 2014 tra il governo lussemburghese e statunitense.

Generali Luxembourg S.A., in qualità di Assicuratore con sede in Lussemburgo, è tenuta a raccogliere le seguenti informazioni al fine di determinare da quale (quali) paese (paesi):

- l'entità sottoscrittrice e,
- se del caso, la persona fisica o le persone fisiche che controllano direttamente o indirettamente tale entità,

sono contribuenti e/o sono considerate come residenti fiscali [1].

Per questo motivo, vi chiediamo di rispondere alle domande che seguono.

1. L'entità è un'entità con sede negli Stati Uniti d'America?

☐ Sì ☐ No

Se si risponde SI alla domanda 1, si prega di firmare e datare questo questionario direttamente senza dover rispondere alle seguenti domande.

2. L'entità è un'entità con sede legale in un paese diverso dal Lussemburgo?

☐ Sì ☐ No

3. L'entità è un istituto finanziario (IFS o FFI)?
(esempio : banca, società di gestione patrimoniale, fondo di investimento o società di assicurazione)

☐ Sì ☐ No

Se si risponde SI alla domanda 3, si prega di firmare e datare questo questionario direttamente senza dover rispondere alle seguenti domande.

4. ENF attiva (Active NFFE): L'entità soddisfa almeno una delle seguenti condizioni:
   - Entità la cui quota di reddito passivo [2] rappresenta meno del 50% del reddito totale nel conto economico
   - Organizzazione senza scopo di lucro
   - Entità quotata o controllata da un'entità quotata

☐ Sì ☐ No

Se si risponde NO alla domanda 4 si dichiara di essere un'Entità non finanziaria passiva (passive NFFE), si prega di rispondere alla domanda 5 e di fornirci il certificato W-8BEN-E e il questionario FATCA CRS-OCSE come individuo per ogni persona fisica che controlla direttamente o indirettamente la vostra entità,nonché per tutti i rappresentanti legali della persona giuridica.

Il termine "controllante" si riferisce alla persona fisica o alle persone fisiche che direttamente o indirettamente detengono una percentuale significativa del capitale sociale e/o dei diritti di voto dell'entità e/o che, in ultima analisi, esercitano il controllo effettivo dell'entità con altri mezzi.

Se si risponde SI alla domanda 4, si prega di firmare e datare questo questionario direttamente senza dover rispondere alla seguente domanda.

5. L'entità ha una o più persone fisiche che la controllano direttamente o indirettamente e che sono cittadini degli Stati Uniti d'America o residenti fiscali degli Stati Uniti d'America?

☐ Sì ☐ No

In caso di risposta affermativa alla domanda 5, si prega di fornire, per ogni persona fisica interessata, il certificato W9 [3] o W-8BEN [4].

Generali Luxembourg S.A. può, ove applicabile, automaticamente o su richiesta, trasmettere le informazioni relative al Contratto all'entità sottoscrittrice e, ove applicabile, alla persona fisica o alle persone fisiche che controllano direttamente o indirettamente tale entità, all'Administration des Contributions Directes (ACD) del Lussemburgo, al fine di adempiere ai propri obblighi nell'ambito dello scambio automatico di informazioni di cui sopra.

Firmando il presente Modulo di Proposta, certifico l'esattezza delle informazioni fornite in precedenza. Mi impegno ad informare Generali Luxembourg S.A. nel caso di un cambiamento di situazione che possa avere un impatto sulle risposte fornite.

[1] In caso di domande sull'identificazione del domicilio fiscale, si prega di contattare il proprio consulente fiscale o l'autorità fiscale competente; non spetta alla Compagnia determinarlo.

[2] Il reddito passivo è definito nella normativa vigente, che comprende: redditi finanziari, dividendi, interessi, redditi equivalenti agli interessi (ad esempio, alcuni redditi da locazione), alcune rendite e royalties, alcuni proventi straordinari se si riferisce ad un'operazione relativa ad una qualsiasi attività finanziaria, ecc.

[3] Il certificato W9 deve essere fornito nel caso in cui la persona fisica abbia lo status di persona statunitense. Questo modulo viene utilizzato per confermare lo status fiscale degli Stati Uniti e per fornire il codice fiscale statunitense (TIN).

[4] Il certificato W-8BEN deve essere fornito nel caso in cui la persona fisica non abbia lo status di persona statunitense ma sia in possesso di un codice fiscale.

FIRME

Si prega di apporre la/e firma/e nel/gli appositi spazi sottostanti:

CON RIFERIMENTO ALLA COMPAGNIA

Il Contraente prende atto che Generali Luxembourg S.A.:

- ha sede nel Granducato di Lussemburgo ed è soggetta al controllo del Commissariat aux Assurances del Granducato di Lussemburgo, che è l'Autorità di vigilanza lussemburghese sulle imprese di assicurazione e riassicurazione;
- è tenuta al rispetto del segreto professionale secondo le norme vigenti in Lussemburgo e, di conseguenza, potrà comunicare informazioni relative al Contraente/al Contratto esclusivamente alle persone o autorità che la legge lussemburghese contempla come destinatari autorizzati o verso i quali impone la trasmissione di tali informazioni, alle condizioni e nei limiti previsti dall'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 che disciplina il settore assicurativo.

CON RIFERIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA

Il Contraente e l'Assicurato dichiarano e confermano che le informazioni fornite sono complete, veritiere e aggiornate.

Il Contraente dichiara di sottoscrivere per conto proprio e che i fondi destinati ad essere investiti non sono frutto diretto o indiretto di un illecito o di un reato penalmente perseguibile per riciclaggio di denaro o finanziamento del terrorismo in Lussemburgo e, in generale, ai sensi della regolamentazione europea in vigore in materia di contrasto al riciclaggio e finanziamento del terrorismo.

Il Contraente può revocare la proposta fino a quando non è informato della conclusione del Contratto. Per l'esercizio della revoca, il Contraente dovrà inviare una comunicazione scritta alla Compagnia, contenente anche gli elementi identificativi del Modulo di Proposta inviato (numero del Modulo di Proposta, cognome e nome del Contraente).

In caso di revoca del Contraente, le somme eventualmente pagate dal Contraente devono essere restituite dalla Compagnia entro trenta (30) giorni di calendario dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca.

Il Contraente può recedere dal Contratto entro il trentesimo giorno di calendario successivo alla data nella quale è stato informato della conclusione del Contratto. Per l'esercizio del recesso, il Contraente dovrà inviare una comunicazione scritta alla Compagnia.

L'esercizio del diritto di recesso fa venir meno, da tale momento, ogni obbligo in capo sia al Contraente che alla Compagnia.

In caso di recesso del Contraente, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro trenta (30) giorni di calendario dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, un importo pari al Premio versato, al netto dei Costi gravanti sul Premio unico e al netto dei Premi di rischio relativi al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Qualora il premio sia investito in Fondi Esterni o Interni, la Compagnia tiene conto, per il calcolo del valore rimborsabile, dell'andamento del valore delle quote attribuite al Contratto; al Contraente spetta il controvalore delle quote sia in caso di incremento che di decremento dello stesso. A tal fine, la Compagnia utilizza il Prezzo di Riferimento della Data Valuta applicabile alle operazioni di disinvestimento.

CON RIFERIMENTO AI SUPPORTI D'INVESTIMENTO

Il Contraente dichiara di essere stato chiaramente informato:

- che l'investimento deve rispettare le regole e i limiti di investimento stabiliti dalla normativa lussemburghese e, ove applicabile, le regole più restrittive applicate dalla Compagnia;
- che investendo su Supporti d'Investimento espressi in quote (Unit linked), si assume il rischio legato alla variazione dei prezzi di ciascuno di quelli selezionati;
- che investendo in strumenti finanziari in valute estere (diverse dall'Euro), si assume inoltre i rischi legati alla fluttuazione dei tassi di cambio tra la valuta dello strumento finanziario e l'Euro.

CON RIFERIMENTO ALLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA DEL PRODOTTO

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto dal distributore assicurativo, contestualmente e prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, l'ultima versione disponibile pubblicata nel sito www.generali.lu del documento contenente le informazioni chiave per gli investitori relativo al presente Contratto (KID), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), delle Condizioni generali (comprensive dei relativi Allegati), , e del Modulo di Proposta (comprensivo dei suoi allegati) che compongono il Set Informativo del prodotto di investimento assicurativo "Generali Orchestra Private Insurance"; e che quanto ricevuto dal distributore assicurativo corrisponde alla (o comunque include la) versione dei suddetti documenti messi a disposizione dalla Società nel proprio sito internet alla data della firma del Modulo di Proposta;
- di aver letto e compreso la nota informativa sull'Integrazione dei rischi in materia di sostenibilità nelle decisioni d'investimento di Generali Luxembourg (Allegato IX al Modulo di Proposta);
- di essere stato messo a conoscenza dal distributore assicurativo in merito alla non classificazione del Contratto quale prodotto di investimento assicurativo (IBIP) non complesso ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento (UE) 2017/2359, nonchè del fatto che, per l'effetto, la distribuzione del prodotto deve avere necessariamente luogo dietro prestazione del servizio di consulenza obbligatoria;
- di aver fornito al distributore assicurativo tutte le informazioni da questo previste e di aver ricevuto una raccomandazione personalizzata contenente i motivi per i quali il Contratto è stato ritenuto coerente con le richieste e le esigenze assicurative del, nonchè adeguato al, sottoscritto Contraente;
- di essere stato informato dal distributore assicurativo in merito alla possibilità di poter modificare la scelta effettuata relativa alle modalità di comunicazione e di consegna a cui il medesimo è tenuto nella sua attività di distribuzione assicurativa;
- di essere a conoscenza del fatto che le informazioni contenute nel Documento unico di rendicontazione annuale non possono considerarsi esaustive per le finalità di informativa annuale imposte al Distributore assicurativo ai sensi dell'art. 121-sexies, comma 2, del Codice delle Assicurazioni Private;
- di aver fornito al distributore assicurativo, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile a identificare le

richieste ed esigenze del sottoscritto Contraente, al fine di aver consentito all'Intermediario di proporre un Contratto coerente con tali richieste ed esigenze e di avere ricevuto dal distributore assicurativo le informazioni oggettive sul prodotto, con illustrazione delle caratteristiche, della durata, dei costi, dei limiti delle Coperture assicurative e di ogni altro elemento utile a consentire al sottoscritto Contraente di prendere una decisione informata;

- di aver fornito al distributore assicurativo, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione necessaria ad aver consentito all'Intermediario assicurativo di effettuare la valutazione di adeguatezza e/o di idoneità del Contratto, relative in particolare alle proprie conoscenze ed esperienze in materia di investimenti in prodotti d'investimento assicurativi, e/o alla propria situazione finanziaria, tra cui la propria capacità di sostenere le perdite, e ai propri obiettivi di investimento, inclusa la tolleranza al rischio;
- di aver ricevuto dal distributore assicurativo copia della dichiarazione conforme al modello di cui all'Allegato 4-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018, da cui risultino i dati essenziali dell'Intermediario assicurativo e della sua attività e le informazioni in materia di remunerazione e conflitti d'interesse.

CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente prende atto che, in conformità al Regolamento 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e la legge lussemburghese relativa alla protezione delle persone fisiche per quanto riguarda il trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati ("il Regolamento"), i dati personali del Contraente raccolti in connessione con la sottoscrizione del Contratto sono necessari per elaborare la richiesta di sottoscrizione e la corretta esecuzione delle operazioni di gestione del Contratto.

Questi dati personali sono destinati alla Compagnia, in quanto Titolare del trattamento. La Compagnia può comunicare tali dati solo a persone o autorità a cui il Regolamento impone o autorizza la trasmissione di tali informazioni, alle condizioni e nei limiti ivi previsti. Pertanto, la Compagnia può essere tenuta a comunicare informazioni alle autorità amministrative o giudiziarie legalmente autorizzate. Inoltre, al fine di soddisfare i propri obblighi, la Compagnia può anche subappaltare attività e può comunicare dati personali a persone (come per esempio il Riassicuratore dalla Compagnia) o autorità, alle condizioni e nei limiti stabiliti dall'articolo 300 della legge lussemburghese del 7 dicembre 2015 sul settore assicurativo. In nessun caso questi dati verranno utilizzati a fini commerciali o di profilatura.

Ai sensi del Regolamento, avete il diritto di accesso, rettifica, opposizione, portabilità e cancellazione dei vostri dati personali presso la sede legale del Titolare del trattamento: Generali Luxembourg - 1, rue Peternelchen, L-2370 Hesperange o al seguente indirizzo: DPO@generali.lu.

L'Informativa sulla politica di protezione dei dati personali della Compagnia è disponibile sul sito web della Compagnia (www.generali.lu) o su richiesta all'indirizzo client_services@generali.lu.

Fatto a ....., il ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋

FIRMA DEL CONTRAENTE 1	FIRMA DEL CONTRAENTE 2
FIRMA DELL'ASSICURATO 1 (Se diverso dal Contraente 1)	FIRMA DELL'ASSICURATO 2 (Se diverso dal Contraente 2)

IDENTIFICAZIONE E DICHIARAZIONI DEL DISTRIBUTORE ASSICURATIVO

Il sottoscritto

Cognome e nome o ragione sociale: .....

Indirizzo: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Iscritto presso: ..... n. iscrizione/licenza .....

nella sua qualità di distributore assicurativo del Contratto:

• dichiara di essere stato appositamente informato dalla Compagnia in merito alla non classificazione del Contratto quale prodotto di investimento assicurativo (IBIP) non complesso ai sensi dell'articolo 16 del Regolamento (UE) 2017/2359), e per l'effetto conferma di aver effettuato la distribuzione del medesimo Contratto previa prestazione del servizio di consulenza (obligatoria in casi di prodotti complessi);

• dichiara di avere acquisito, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ogni informazione utile e necessaria a identificare le richieste ed esigenze del Contraente e di avere positivamente valutato la coerenza e la necessaria adeguatezza del Contratto; in tal senso conferma di avere fornito la dichiarazione di rispondenza alle richieste ed alle esigenze (o di idoneità) e di adeguatezza del Contratto;

• dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione dei Contraenti e degli Assicurati e che le informazioni riportate nei Moduli sono veritiere e fedeli;

• dichiara che il Contraente non rientra nel mercato di riferimento negativo individuato dalla Compagnia ma nel seguente mercato di riferimento (sempre individuato dalla Compagnia):

☐ positivo; oppure
☐ mercato di riferimento non positivo ma comunque non negativo.

• dichiara (i) di aver informato il Contraente in merito al fatto che la prestazione del servizio di consulenza è e sarà accompagnata (e in tal senso si impegna nei confronti dell'impresa di assicurazione) da una valutazione periodica dell'adeguatezza del Contratto; e (ii) di essere consapevole che la mancata periodicità della verifica dell'adeguatezza implica che la relativa consulenza (così come quando la stessa è svolta su iniziativa del distributore assicurativo) non deve gravare economicamente sul cliente/contraente. Per l'effetto, e per le conseguenti ripercussioni sulla remunerazione che la Compagnia è contrattualmente tenuta a retrocedere al distributore assicurativo durante la vita del Contratto, il distributore assicurativo si impegna ad informare prontamente la Compagnia in caso di contrario avviso e/o di interruzione della valutazione di adeguatezza in corso di vigenza del Contratto;

• dichiara di aver consegnato al Contraente, in una delle forme previste dalla normativa pro tempore vigente, il Set Informativo relativo al Contratto e in tal senso conferma (i) che quanto fornito al Contraente corrisponde alla (o comunque include la) ultima versione dei documenti che compongono il Set Informativo così come messa a disposizione dalla Compagnia nel proprio sito internet alla data della firma del Modulo di Proposta; e (ii) di aver consegnato i documenti che compongono il Set Informativo contestualmente e in tempo utile prima della firma del Modulo di Proposta e comunque di averli consegnati con sufficiente anticipo per permettere al Contraente di analizzarne il contenuto al fine di prendere una decisione d'investimento informata in merito alla stipula o meno del Contratto;

• dichiara di aver consegnato al Contraente copia della dichiarazione conforme al modello di cui all'Allegato 4-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018, da cui risultino i dati essenziali dell'Intermediario assicurativo e della sua attività e le informazioni in materia di remunerazione e di conflitti d'interesse;

• dichiara che la remunerazione relativa alla distribuzione assicurativa del presente prodotto è costituita esclusivamente dalle commissioni retrocesse dalla Compagnia dai propri Costi di caricamento e/o Costi di gestione amministrativa del Contratto;

• dichiara di rivestire la qualità di Intermediario emittente e che, pertanto, la distribuzione assicurativa del presente prodotto è stata effettuata in regime di collaborazione orizzontale con l'Intermediario Proponente di seguito indicato:

Cognome e nome o ragione sociale: .....

Indirizzo: .....

Codice postale: ..... Città: .....

Iscritto presso: ..... n. iscrizione/licenza .....

In tal senso, l'Intermediario emittente si impegna a trasmettere prontamente alla Compagnia ogni informazione e/o documento previsto dalla normativa regolamentare pro tempore vigente in materia di collaborazione orizzontale (anche se non richiesti dalla Compagnia), ed in particolare modo tutte le informazioni necessarie per permettere alla Compagnia di fornire una rendicontazione completa anche di tutti i costi e oneri connessi all'attività di distribuzione.

FIRMA DEL DISTRIBUTORE (INTERMEDIARIO EMITTENTE)

TIMBRO DEL DISTRIBUTORE (INTERMEDIARIO EMITTENTE)

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO PROPONENTE*

TIMBRO DELL'INTERMEDIARIO PROPONENTE*

* in caso di collaborazione orizzontale