

# BG LifeCare

Edizione 04/2018



Contratto di Assicurazione  
temporanea caso morte  
a capitale e a premio annuo costanti

**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.**



## Nota Informativa

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

**Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

### **A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione**

#### **1. Informazioni generali**

- a) Genertellife S.p.A. è Società appartenente al Gruppo Generali
- b) Sede Legale e Direzione Generale in Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
- c) Recapito telefonico: 041 5939651  
Sito Internet: [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)  
E-mail: [bgvita@bgvita.it](mailto:bgvita@bgvita.it)  
[bgvita@pec.bgvita.it](mailto:bgvita@pec.bgvita.it)
- d) La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n° 1935 del 20.09.2001 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 228 del 01.10.2001) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione italiane al numero 1.00141

Si rinvia all'home-page del sito internet della Compagnia per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa\***

L'ammontare del patrimonio netto, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari a 1.529,9 milioni di Euro di cui:

- 168,2 milioni relativi al capitale sociale e
- 1.361,7 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 186,00%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016.

*\*I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.*

## **B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte**

### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

Il presente contratto d'assicurazione temporanea caso morte prevede, in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, l'applicazione di una delle seguenti tipologie di prodotti:

- Prodotto 0476V "non fumatori"
- Prodotto 0476W "fumatori"

**Durata del presente contratto:** minima 2 anni, massima 25 anni

**Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

- a) Prestazioni in caso di decesso**
- b) Coperture complementari**

Si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per la definizione di Assicurato non fumatore.

Si rinvia agli Articoli 1 e 4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

*AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso e le coperture complementari prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia agli Articoli 3.1, 4.1 e 4.2 delle Condizioni di Assicurazione.*

*Sulle prestazioni in caso di decesso e di malattia grave è presente altresì un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato), per i cui dettagli si rinvia agli Articoli 3.3 e 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.*

**Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.**

### **4. Premi**

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita.

Il presente contratto prevede la corresponsione di premi annui anticipati di importo costante da versare per tutta la durata del contratto.

Il premio di primo anno è dovuto sempre per intero al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Il Contraente ha la possibilità di frazionare i premi successivi a quello di primo anno in rate semestrali o mensili; si rinvia al Punto 5.1.1 della presente Nota per i relativi

costi di frazionamento.

Il primo premio annuo potrà essere versato alla Compagnia o tramite un Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- assegno bancario;
- assegno circolare;
- bonifico bancario;
- addebito sul conto corrente bancario.

I premi annui (o le rate) successivi potranno essere versati utilizzando, a scelta del Contraente, i seguenti mezzi di pagamento:

- bollettino di versamento bancario (M.A.V.);
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito diretto sul suo conto corrente - S.D.D. (SEPA Direct Debit); modalità da utilizzare obbligatoriamente in caso di frazionamento mensile del premio.

## ■ C. Informazioni su costi, sconti e regime fiscale

### 5 Costi

#### 5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### 5.1.1 Costi gravanti sul premio

<b>Spese di emissione del contratto</b>	Non presenti
<b>Diritti di quietanza</b>	Non presenti
<b>Caricamenti</b>	
Valore assoluto (cifra fissa)	Euro 30,00
Valore percentuale	3,00%

I costi percentuali sono applicati al premio, al netto della cifra fissa.

Il Contraente ha la possibilità di frazionare i premi successivi a quello di primo anno in rate semestrali o mensili; in tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), secondo la seguente tabella:

<b>Addizionale di frazionamento</b>	
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

*AVVERTENZA: il contratto prevede costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati - in caso di decesso e di malattia grave - superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione superiore a 60 anni, oppure per evitare il periodo di carenza (6 mesi) previsto dalle Condizioni di Assicurazione. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/ medico a cui intenderà rivolgersi l'assicurato.*

## Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto

22,34%

### 6. Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

#### Imposta sui premi relativi alle assicurazioni complementari infortuni

I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni sono soggetti ad una imposta del 2,50%.

#### Detrazione fiscale dei premi

La parte di premio afferente al rischio morte o invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente. 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 Compagnia in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione del Modulo di Proposta o del Documento di polizza. Il Contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) alla Compagnia lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea.

In caso di mancato adempimento, il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato alla Compagnia in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

## D. Altre informazioni sul contratto

### 7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

### 8. Risoluzione del contratto per sospensione dei versamenti

Il Contraente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

*AVVERTENZA: in caso di sospensione del pagamento dei premi, dopo trenta giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta, il contratto si scioglie con conseguente perdita dei premi già versati che restano acquisiti alla Compagnia.*

Si rinvia agli Articoli 11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### **9. Riscatto e riduzione**

Il contratto non prevede la possibilità di riscatto né di riduzione delle prestazioni.

### **10. Revoca della proposta**

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente stesso il documento di Polizza o comunica per iscritto il proprio assenso.

Per la revoca della proposta deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate; in assenza di tale dato verrà inviato al Contraente un assegno circolare.

La revoca ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Compagnia.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborsa al Contraente gli importi eventualmente già pagati al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al Punto 5.1.1 della presente Nota informativa a condizione che siano quantificate nel Modulo di Proposta.

### **11. Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Per il recesso del contratto deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione di recesso vanno indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato; in assenza di tale dato verrà inviato al Contraente un assegno circolare.

Il recesso ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Compagnia.

Entro trenta giorni dal ricevimento delle comunicazioni la Compagnia rimborsa al Contraente il premio versato, diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, con diritto a trattenere le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al Punto 5.1.1 della presente Nota informativa, a condizione che le stesse siano quantificate nel Modulo di Proposta e nel documento di Polizza, nonché la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

## **12. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

Si rinvia all'articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione per quanto riguarda la documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Compagnia.

I termini per il pagamento concessi alla Compagnia, dal ricevimento della documentazione completa utile ai fini della liquidazione, sono pari a 30 giorni.

Si richiama l'attenzione del Contraente in merito al fatto che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); 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.

## **13. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. In caso di diversa scelta delle parti, prevalgono comunque le norme imperative di diritto italiano.

## **14. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, e ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

## **15. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati mediante posta, telefax o e-mail all'Ufficio reclami della Compagnia e devono contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Compagnia, dell'intermediario o del soggetto di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In Genertellife, la funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è:

### **Servizio Tutela Rischi - Unità Quality**

Le modalità di presentazione dei reclami alla Compagnia ed i relativi recapiti sono i seguenti:

- Posta

Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi / Unità Quality  
Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA

- Fax

Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi / Unità Quality  
Numero di fax: 041 5939797

- e-mail

Genertellife S.p.A. - Servizio Tutela Rischi / Unità Quality  
Indirizzo e-mail: [gestionereclami@bgvita.it](mailto:gestionereclami@bgvita.it)

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'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm)).

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, per la risoluzione delle controversie è possibile rivolgersi a sistemi alternativi previsti a livello normativo o convenzionale. È necessario ricorrere alla mediazione obbligatoria, in quanto prevista come condizione di procedibilità dalla legge per le controversie in materia assicurativa, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa.

## **16. Comunicazioni del Contraente alla Società**

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente dichiari la professione svolta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Se la Compagnia comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Compagnia a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto. La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Compagnia.

## **17. Conflitto di interessi**

La Compagnia si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei



conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

**Principi generali per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse**

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la Compagnia opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da Rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di Gruppo o i rapporti di affari propri o di altre Società del Gruppo.

La Compagnia individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

Con riferimento alla fase di progettazione dei prodotti, la Compagnia definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Con riferimento alla fase di distribuzione dei prodotti, la Compagnia non ha attualmente in essere politiche di incentivazione differenziate per tipologia di prodotto. È comunque vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto od una determinata operazione

Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Compagnia opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

\*\*\*\*

**Genertellife S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**Il rappresentante legale**

Dott.ssa Antonella Maier



**documento aggiornato a maggio 2018**

## Condizioni di Assicurazione

### ■ Parte I - Prestazioni

#### **Art. 1 - Prestazioni assicurate**

Le coperture assicurative di seguito elencate sono operanti solo se specificatamente indicate nel Documento di polizza.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, deve indicare, in funzione dello stato di “non fumatore” o “fumatore” dell’Assicurato, uno dei due prodotti sotto riportati:

- 1) Prodotto 0476V “non fumatori”
- 2) Prodotto 0476W “fumatori”

#### **Prestazione principale**

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita la Compagnia si impegna - dietro versamento di un piano prestabilito di premi annui - a pagare al Beneficiario/i designato/i dal Contraente, **in caso di morte dell’Assicurato prima della scadenza prestabilita**, un capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell’assicurazione.

**In caso di vita dell’Assicurato** alla scadenza del contratto non è prevista alcuna prestazione; in tal caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Compagnia a fronte dell’assicurazione prestata.

#### **Coperture Complementari**

Il Contraente, sempre al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, può integrare la predetta prestazione principale con l’assicurazione complementare “Critical Illness” e/o con l’assicurazione complementare A.C.M.A – I. S. descritte all’Art.4 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

\* \* \*

I capitali assicurati relativi al presente contratto sono indicati nel documento di Polizza.

È possibile sottoscrivere questo contratto solo se l’età dell’Assicurato al momento della stipula non è superiore a 78 anni e a scadenza non superiore a 80 anni.

## **Art. 2 - Definizione di Assicurato non fumatore**

Il presente contratto prevede l'applicazione di due diversi prodotti in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, ossia per soggetti fumatori o non fumatori.

Ai fini delle presenti coperture assicurative, l'Assicurato è considerato non fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante lettera raccomandata. Contestualmente a tale comunicazione, il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per il non fumatore e quello previsto per il fumatore.

In caso di sinistro la Compagnia verifica l'effettivo persistere dello stato di non fumatore dell'Assicurato, che deve preventivamente consentire alla Compagnia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato o dell'insorgenza della malattia grave prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto, (Articolo 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'Assicurato (Art. 1893 c.c.).

## **Art. 3 - Rischio di morte**

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi Punti 3.1, 3.2 e 3.3.

### **3.1 Esclusioni**

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa dell'Assicurato o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, 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 se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Assicurato in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;

- d) 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;
- e) 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; uso e guida di mezzi subacquei;
- f) 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;
- g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione della copertura;
- h) infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Inoltre, nel caso in cui il capitale assicurato risulti non inferiore a Euro 1.000.000,00, è prevista anche la seguente esclusione:

- i) incidente di volo, salvo se trattasi di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di un volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. È espressamente escluso il decesso causato da incidente di volo su aerotaxi, elicottero ed ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda sia a titolo oneroso che gratuito, a meno che ciò non sia stato accordato da speciale Appendice.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Compagnia paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale Appendice al Documento di Polizza, è inoltre esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- j) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- k) pratica di attività sportive professionistiche;
- l) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- m) pratica delle seguenti attività sportive:
  - immersioni subacquee non in apnea superiori ai 40 m; immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne;
  - scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia;
  - torrentismo; tuffi da altezza superiore i 10 metri; nuoto in mare aperto;
  - surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua o altri sports acquatici praticati non a livello dilettantistico;
  - vela transoceanica;
  - sport estremi;
- n) attività professionale pericolosa che comporti:
  - contatti con materie esplodenti, velenose, chimiche od elettriche
  - attività di rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;

- lavori su impalcature o ponteggi di altezze superiori a 15 m;
- lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
- l'appartenenza non con sole mansioni amministrative o d'ufficio a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile;
- aviazione;
- attività subacquee in genere;
- guardia giurata;
- autotrasportatori superiori a 35 q, operatori di pala meccanica.

Qualora tali deroghe non vengano espressamente richieste e/o concesse dalla Compagnia, resta inteso che qualora il decesso dell'Assicurato sia causato dalle suddette fattispecie, la Compagnia si impegna a corrispondere l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Al fine di eliminare le esclusioni di cui ai punti j), k), l), m), n) ed estendere la copertura assicurativa anche per attività sportive e/o professionali non previste, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia si riserva la valutazione di un eventuale sovrappremio.

### **3.2 Aggravamento del rischio**

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente dichiari la professione svolta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) maggiorare il premio dovuto.

Se la Compagnia comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Compagnia a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

### **3.3 Carenze**

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

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Compagnia, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, viene applicato un periodo di carenza di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione durante il quale la Compagnia corrisponde, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso. La Compagnia si impegna a corrispondere il capitale assicurato solo nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta:

- di infortunio, esclusa ogni concausa, avvenuto dopo la data di decorrenza, ove per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della morte (salvo quanto preceden-

temente disposto);

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, differite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, car-bonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica e shock anafilattico (malattia non infettiva).

Il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto periodo di carenza viene esteso a sette anni.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 750.000,00 è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

#### **Art. 4 - Coperture complementari**

La prestazione in caso di morte dell'Assicurato di cui all'art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, può essere integrata da quelle relative alle seguenti assicurazioni complementari:

- "Critical Illness" (50% o 100%): assicurazione per il caso di insorgenza di una malattia grave come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione (cancro, ictus, infarto);
- "A.C.M.A. - I.S.": assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Le assicurazioni complementari sono operanti solo se espressamente indicate nel documento di polizza. A tali assicurazioni si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni del presente contratto in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme contenute nel presente articolo.

#### **4.1 Critical Illness (50% o 100%)**

##### **Assicurazione operante in caso di insorgenza di una malattia grave**

##### **A) Prestazioni**

In caso di insorgenza di una malattia grave, la copertura complementare garantisce un capitale pari al 50% o al 100% del capitale assicurato in caso di decesso. Il capitale assicurato rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale.

È possibile sottoscrivere questa assicurazione complementare solo se l'età dell'Assicurato a scadenza non è superiore a 75 anni.

## **B) Malattie gravi**

Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti condizioni, a patto che, a seguito della stessa malattia grave, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%.

### **i) Cancro**

Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia, e/o di chemioterapia.

La diagnosi di cancro deve essere fatta da uno specialista oncologo/chirurgo e l'evidenza di malignità deve essere supportata dall'esame istologico.

In assenza di referto istologico, la diagnosi di cancro è valida soltanto se vengono soddisfatti tutti e tre i seguenti criteri:

- la diagnosi patologica è impossibile perché dal punto di vista medico non è fattibile o metterebbe a rischio la vita del paziente; e
- sono disponibili evidenze mediche che sostengono la diagnosi di cancro; e
- è disponibile una relazione dello Specialista Oncologo/Chirurgo che conferma la diagnosi clinica di cancro.

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni o non-invasivi
- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (Tis) o carcinomi papillari non-invasivi (Ta), inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3
- tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose, che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti
- melanomi istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0
- tumori della vescica istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1N0M0
- la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1
- tumori in presenza del virus HIV.

**Per la descrizione istologica si farà riferimento all'ultima versione dell'AJCC Cancer Staging Manual.**

### **ii) Ictus**

Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

- durata dei sintomi/segni >24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data dell'evento. I sinistri devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Sono escluse le seguenti situazioni:

- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia; e
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

### **iii) Infarto**

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:

- storia di dolore toracico tipico
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche (ECG) diagnostiche per necrosi miocardica
- aumento diagnostico degli enzimi cardiaci o delle troponine maggiore o uguale ai seguenti livelli:
  - Troponina T > 1,0 ng/ml,
  - Accu Tnl > 0,5 ng/ml o soglie equivalenti ottenute con altri metodi;
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Le prove devono dimostrare senza margini di dubbio un infarto acuto del miocardio e la diagnosi deve essere confermata dal cardiologo.

Sono esclusi dalla copertura:

- Angina
- Altre sindromi coronariche acute.

## **C) Condizioni particolari**

### **1) Criteri di operatività della garanzia**

In caso di insorgenza di una delle malattie gravi definite al precedente punto B), la Compagnia dopo aver valutato la documentazione ed il diritto dell'Assicurato alla prestazione malattia (Critical Illness), dovrà liquidare il capitale assicurato. Si precisa che l'insorgenza della malattia grave e/o la presentazione della denuncia alla Compagnia non determina automaticamente la sospensione del pagamento del premio; il Contraente infatti rimane obbligato al versamento dello stesso e, solamente nel caso in cui la richiesta venisse accettata dalla Compagnia, la stessa sarà tenuta a rimborsare quanto pagato tra la data della diagnosi e quella di ammissione della malattia grave.

**Si precisa che non sono comunque previsti ulteriori pagamenti di prestazioni alla diagnosi di una eventuale seconda malattia grave.**

Rimane ferma la prestazione principale in caso di morte e l'eventuale copertura complementare ACMA-IS fino alla scadenza del contratto prevista.

**In caso di morte conseguente ad insorgenza di una delle malattie indicate nel precedente punto b), la Compagnia liquiderà entrambe le prestazioni (malattia grave e morte) solamente nel caso in cui sia trascorso un periodo di tempo pari ad almeno 15 giorni fra la data in cui è stata diagnosticata la malattia grave e la data del decesso.**



**Qualora invece il decesso si verificasse entro il quindicesimo giorno dalla predetta data in cui è stata diagnosticata la malattia grave, verrà liquidata esclusivamente la prestazione in caso di morte.**

## **2) Esclusioni della garanzia**

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare la malattia dovuta a lesioni derivanti da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- eventi causati da armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee e altre attività che prevedono il contatto fisico o rischiose;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250V, missionari, attività subacquee, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- viaggi in zone a rischio di conflitti o catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese);
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l);
- stato di ubriachezza (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l) nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate
- danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio.

## **3) Carenze**

Nel caso di diagnosi di una delle malattie gravi durante i primi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, la Compagnia corrisponde, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento dell'insorgenza della malattia grave.

## **4) Estinzione della garanzia**

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti alla Compagnia:

- a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
- b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;
- c) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione;
- d) a seguito del pagamento della prestazione per malattia grave.

## **4.2 Assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale per il caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.- I.S.)**

### **A) Prestazioni**

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Compagnia, nei limiti della presente garanzia e delle Condizioni Particolari che seguono, si obbliga a pagare ai Beneficiari designati, oltre alle prestazioni previste per il caso di morte dell'Assicurato dalla tariffa dell'assicurazione principale, un ulteriore capitale il cui ammontare è indicato nel documento di polizza.

Tale capitale viene raddoppiato nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.-I.S.).

Il capitale A.C.M.A. rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale. La copertura è operante soltanto se la morte si verifica entro un anno dal giorno delle lesioni anzidette.

Tale copertura complementare può essere richiesta a condizione che la prestazione principale sia di importo non superiore a 500.000,00 Euro.

### **B) Condizioni particolari**

#### **1) Criteri di operatività della garanzia**

In conformità alla condizione che la morte deve essere la conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni di cui alla lettera A) resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di morte conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

#### **2) Esclusioni dalla garanzia**

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare la morte dovuta a lesioni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;
- b) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari;
- c) da guerra, da insurrezioni o tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese;
- d) dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure dalle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

è pure esclusa la morte:

- e) per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- f) per carbonchio, per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

### **3) Estinzione della garanzia**

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti alla Compagnia:

- a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
- b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;
- c) al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato;
- d) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione.

### **Art. 5 - Beneficiari**

La designazione dei Beneficiari, fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e riportata sul documento di Polizza, può essere in qualsiasi momento modificata mediante comunicazione scritta del Contraente stesso alla Compagnia oppure mediante disposizione testamentaria.

In caso di pluralità di Beneficiari, salvo diversa disposizione del Contraente, il beneficio si intende attribuito in parti uguali.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dopo che:

- il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- si sia verificata la morte del Contraente;
- i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio dopo la morte dell'Assicurato.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

#### 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.

### **Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

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

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia 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 assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, dei premi e delle prestazioni assicurate.

## ■ **Parte II - Conclusione del contratto**

### **Art. 7 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione**

Prima della conclusione del contratto la Compagnia valuta la proposta e i rischi in essa descritti.

Al fine di consentire la corretta valutazione del rischio, la Compagnia, in relazione all'età, allo stato di salute e al capitale da assicurare, si riserva la facoltà di chiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari con costi a suo carico.

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Compagnia abbia rilasciato al Contraente il documento di polizza o gli abbia altrimenti inviato per iscritto comunicazione del proprio assenso.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza.

### **Art. 8 - Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso va inviata alla Direzione della Compagnia in Mogliano Veneto (TV) a mezzo lettera raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso, e delle spese sostenute per l'emissione della polizza, individuate e quantificate nel Modulo di Proposta e nel documento di polizza.

### **Art. 9 - 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.

### **Art. 10 - Versamento dei premi**

L'assicurazione viene prestata dietro il versamento di un premio annuo costante, indicato nel suo ammontare iniziale nel documento di Polizza.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del contratto e per la durata stabilita, oppure fino al riconoscimento da parte della Compagnia dell'insorgenza di una delle malattie gravi di cui all'art. 4.1, o alla morte dell'Assicurato qualora questa avvenga prima del termine di tale durata.

Il premio di primo anno è dovuto per intero.

Il Contraente può richiedere di corrispondere dal secondo anno in poi il premio annuo in rate infra-annuali con decorrenza semestrale o mensile. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), come riportato nella tabella sottostante:

<b>Rateazione</b>	<b>Addizionale di frazionamento</b>
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

Il primo premio annuo potrà essere versato alla Compagnia o tramite un Consulente Finanziario di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- assegno bancario;
- assegno circolare;
- bonifico bancario;
- addebito su conto corrente bancario.

I premi annui (o le rate) successivi potranno essere versati utilizzando, a scelta del Contraente, i seguenti mezzi di pagamento:

- bollettino di versamento bancario (M.A.V.) inviato al domicilio del Contraente;
- addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.); tale modalità è da utilizzare obbligatoriamente in caso di frazionamento mensile del premio.

Nel caso di estinzione del conto corrente bancario, è possibile, previa comunicazione scritta alla Compagnia, concordare con la Compagnia una diversa modalità di versamento del premio.

### **Art. 11 - Mancato versamento dei premi: risoluzione**

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Compagnia.

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

### **Art. 12 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione**

Il contratto risolto per mancato versamento dei premi, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata, può essere riattivato entro un anno da tale data.

Qualora però siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione viene concessa dietro versamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati sulla base del 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 versamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

## ■ **Parte IV - Vicende contrattuali**

### **Art. 13 - Capitale ridotto, riscatto, prestiti**

Il presente contratto non prevede valori di capitale ridotto, riscatto e prestiti.

### **Art. 14 - Cessione, pegno e vincolo**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni.

Tali atti diventano efficaci nei confronti della Compagnia solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione sul contratto originale o su apposita appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 2805 del C.C., la Compagnia può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

## ■ **Parte V - Pagamenti della Società**

### **Art. 15 - Pagamento delle somme assicurate e documentazione richiesta**

Per tutti i pagamenti deve essere presentata alla Compagnia 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 accompagnata da un documento di identità e codice fiscale degli aventi diritto e devono essere allegate le **coordinate bancarie (codice IBAN), sottoscritte da tutti i Beneficiari della polizza**, su cui effettuare il bonifico.

Oltre alla documentazione su riferita, si riporta di seguito la documentazione necessaria nei singoli casi di liquidazione:

#### *1) Decesso dell'Assicurato*

Sono necessari, in originale o in copia conforme all'originale:

- certificato di morte;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà, da produrre da parte dell'avente diritto, qualora Contraente ed Assicurato coincidano, in modo che dallo stesso risulti se il Contraente abbia lasciato o meno testamen-

to e che questo sia l'ultimo, valido e non impugnato e che nello stesso non siano state indicate esplicitamente la/e polizza/e vita stipulata/e con Genertelife S.p.A. Tale documento, da cui risulti l'indicazione degli eredi legittimi e/o testamentari, è necessario altresì qualora i Beneficiari caso morte indicati nel Documento di Polizza non siano identificabili da parte della Compagnia;

- testamento: allegare copia del Verbale di pubblicazione del testamento (solo se nello stesso siano state esplicitamente nominate le polizze stipulate con Genertelife);
- relazione medica sulle cause del decesso, al fine di garantire una corretta liquidazione in presenza di garanzie complementari che richiedono prestazioni supplementari rispetto alla prestazione base assicurata, nonché verificare che non ricorrano esclusioni alla liquidabilità del sinistro in relazione ad eventuali cause di morte specificatamente escluse, anche in funzione di limitazioni previste nel periodo di carenza;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla Compagnia (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 118; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti).

## 2) Sopravvenienza della Malattia Grave

Per i pagamenti relativi alla copertura Critical Illness, al verificarsi di una delle malattie gravi indicate all'Art. 4, il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece debbono darne avviso alla Compagnia **entro 90 giorni dalla data della diagnosi, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Trascorso questo termine, la Compagnia si riserva il diritto di non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave e la copertura si estingue.**

Alla denuncia di sinistro devono essere allegati i seguenti documenti:

- richiesta scritta, sottoscritta dall'Assicurato o dal Contraente o altra persona in loro vece, con la quale si comunica l'insorgenza della malattia grave, precisandone il tipo tra quelle previste nelle Condizioni di Assicurazione;
- copia di un documento di riconoscimento dell'Assicurato, se la Compagnia non sia già in possesso di un documento in corso di validità;
- certificato medico;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- ogni ulteriore documentazione sanitaria necessaria alla corretta individuazione della patologia ed alla verifica della corrispondenza con quelle ricomprese nella copertura malattie gravi indicate all'Art. 4.

**In caso di insorgenza di ictus il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece dovranno, in aggiunta alla presentazione della denuncia da consegnare entro 90 giorni dalla data della diagnosi, far pervenire alla Compagnia una certificazione medica redatta da uno specialista neurologo attestante l'evidenza del danno neurologico permanente (in misura pari o superiore al 5%) dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data della diagnosi.**

La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità della malattia grave e, una volta accertato tale diritto, provvederà a liquidare il relativo capitale assicurato.

### 3) *Recesso*

La comunicazione di recesso deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata alla direzione della Compagnia.

Per casi particolari la Compagnia può richiedere agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

### NOTA BENE

- a) La presenza di uno o più Beneficiari minorenni o incapaci, implica per il Contraente l'obbligo di fornire alla Compagnia la dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata ad incassare l'importo di pertinenza.
- b) Nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dal Contraente e dall'Assicurato questi dovrà sottoscrivere ed inviare alla Compagnia l'apposito modulo "trattamento dati personali comuni e sensibili (privacy)".

**La Compagnia esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.**

Ogni pagamento viene effettuato dalla Compagnia.

### Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

La presente polizza non sarà in alcun modo operante e la Compagnia non sarà tenuta ad erogare alcuna prestazione o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, l'erogazione di una prestazione o l'operatività delle garanzie possano esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o della Repubblica Italiana.

### **Art. 16 - Imposte**

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione del Modulo di Proposta o del Documento di polizza. Il Contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) alla Compagnia lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea.

In caso di mancato adempimento, il Contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato alla Compagnia in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.



### **Art. 17 - 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.



**documento aggiornato ad aprile 2018**

### Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo

Gentile cliente, le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere alla Società di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lgs. 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni.

Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

#### **OBBLIGHI DEL CLIENTE**

##### **Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.**

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute

all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.

4. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b) . I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

## **PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE**

### **Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.**

Nel presente decreto s'intendono per (...) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari o coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
  - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
  - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
  - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con

- popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
  - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
    - 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
  - 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
    - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
    - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

**Art. 24 comma 6 del D.lgs. 231/2017 e s.m.i.**

6. I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

## Titolare effettivo e criteri per la determinazione dello stesso

L'identificazione del titolare effettivo ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, sulla base dei dati identificativi forniti dal cliente ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs.231/07. All'atto dell'identificazione il cliente deve dichiarare se il rapporto continuativo è instaurato per conto di un altro soggetto e deve fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo. Le operazioni riconducibili a un rapporto continuativo, che soddisfino i requisiti d'importo normativamente previsti, si presumono effettuate per conto del cliente intestatario del rapporto continuativo o dell'eventuale titolare effettivo del rapporto stesso, salva diversa indicazione del cliente. Per ogni singola operazione posta in essere in relazione ad un rapporto continuativo il cliente è tenuto a dichiarare se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo ed a fornire tutte le relative indicazioni necessarie per la loro identificazione. Nel quadro del controllo costante, le imprese valutano eventuali elementi che inducono a ritenere che il cliente stia operando per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo o dell'effettuazione dell'operazione. In relazione alle situazioni concrete, è possibile che vi siano molteplici titolari effettivi; in tali casi, gli adempimenti vanno espletati per ciascun titolare effettivo.

**Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.**

Nel presente decreto s'intendono per (...) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

**Art. 20 del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.**

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
  - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
  - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
  - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
  - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
  - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
  - a) i fondatori, ove in vita;
  - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
  - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

**OBBLIGO DI ASTENSIONE****Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.**

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) (ovvero di identificazione del cliente e del titolare effettivo, verifica dell'identità del cliente, del titolare effettivo e dell'esecutore, acquisizione e valutazione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazio-

ne sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo o eseguire operazioni e pongono fine al rapporto continuativo già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

## **SANZIONI PENALI**

### **Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.**

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

**documento aggiornato a maggio 2018**

## Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

### Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali<sup>(1)</sup>, da Lei forniti o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertell/ife S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza<sup>(2)</sup>;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio)<sup>(2)</sup>;
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati<sup>(2)</sup>;
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative<sup>(2)</sup>;
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

### Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalla Compagnia;
- 2) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

### Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di

ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertellife S.p.A., Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto; e-mail: [privacy@genertellife.it](mailto:privacy@genertellife.it) oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a [RPD.it@generali.com](mailto:RPD.it@generali.com) e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

### **Tempi di conservazione dei dati**

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

### **Comunicazione dei Dati**

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE<sup>(3)</sup>.

### **Trasferimento dei dati all'estero**

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa<sup>(4)</sup> alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

### **Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa**

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa.

Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it).

Il sito **[www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della Compagnia, tra cui la policy sull'utilizzo dei cookie di profilazione, impiegati per migliorare l'esperienza di navigazione sul sito e sull'app e per promuovere prodotti e servizi. Accettando la cookie policy presente nel banner, Lei autorizza Genertellife all'uso dei cookie e al loro trasferimento ai nostri partner di tracking on line, che per



la Compagnia eseguono i seguenti trattamenti:

- tracciano le visite al sito e all'app dalle differenti fonti per controllarne il corretto funzionamento (per es. dove si interrompe il processo di preventivazione) e per finalità statistiche (le pagine più viste, i device più utilizzati, ecc), per servizi pubblicitari e di profilazione;
- supportano l'attività di accertamento della responsabilità in caso di eventuali illeciti, in particolare di natura informatica, ai danni del sito, dell'app o dei clienti della Compagnia;
- personalizzano i contenuti del sito web e dell'app in funzione della navigazione dell'utente e del suo comportamento.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione 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 ad organismi associativi (ANIA) e consorzi 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, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consorzi (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

**documento aggiornato a maggio 2018**

## Glossario

### **A** **ADDIZIONALE DI FRAZIONAMENTO**

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

### **ANNO**

Si intende sempre “anno commerciale” per cui si considerano convenzionalmente tutti i mesi di 30 giorni e l’anno formato complessivamente da 360 giorni.

### **APPENDICE**

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest’ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la Compagnia ed il Contraente oppure dovuti per Legge.

### **ASSICURATO**

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

### **B** **BENEFICIARIO**

Persona fisica o giuridica designata nel documento di polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l’evento assicurato.

### **C** **CAPITALE IN CASO DI DECESSO**

In caso di decesso dell’Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario designato.

### **CARENZA**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l’evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

**CARICAMENTI**

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

**CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

Condizioni in base alle quali il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul documento di polizza o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

**CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il documento di polizza sottoscritto dalla Compagnia.

**CONDIZIONI CONTRATTUALI (O DI POLIZZA)**

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

**CONFLITTO DI INTERESSI**

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

**CONTRAENTE**

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato e con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

**COSTI (O SPESE)**

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.

**CRITICAL ILLNESS**

Copertura assicurativa che prevede, in caso di diagnosi in capo all'Assicurato di una malattia grave tra quelle definite nelle condizioni contrattuali, la corresponsione di una prestazione assicurata.

**D****DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Data di entrata in vigore del contratto riportato nel documento di polizza.

**DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Diritto del Beneficiario alle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

**DOCUMENTO DI POLIZZA**

Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

**DURATA CONTRATTUALE**

Periodo durante il quale il contratto è in vigore.

**DURATA DEL PAGAMENTO DEI PREMI**

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

**E** **ESTENSIONE TERRITORIALE**

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

**ETÀ**

Si intende sempre “età assicurativa” e cioè l’età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (Es.: 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

**F** **FASCICOLO INFORMATIVO**

L’insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di Proposta.

**I** **ISVAP**

Si veda alla voce “IVASS”.

**IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (succeduto, dal 1° gennaio 2013, in tutti i poteri, funzioni e competenze ad ISVAP) che opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

**L** **LIQUIDAZIONE**

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell’evento assicurato.

**M** **MODULO DI PROPOSTA**

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione prescelto.

**N** **NOTA INFORMATIVA**

Documento redatto secondo le disposizioni dell’IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

**P PIANO PROGRAMMATO DEI VERSAMENTI**

È l'insieme dei premi annui, anche frazionati nell'anno, pagabili per la durata del pagamento premi prevista dal contratto.

**PREMIO**

Importo che il Contraente versa alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

**R RECESSO**

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.

**REVOCA**

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

**S SCADENZA**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

**SINISTRO**

Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

**SOCIETÀ**

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o Compagnia di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

**Documento aggiornato ad aprile 2018**

pitagorati

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041-5939651



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Agenzia: Banca Generali

Codice CAB Filiale acquisitrice: \_\_\_\_\_  
(da compilarsi a cura del back office della Banca)

CDG: \_\_\_\_\_



# BG VITA

## BG LIFECARE

### MODULO DI PROPOSTA SENZA VISITA MEDICA

Il contratto oggetto della presente richiesta è composto dai seguenti documenti:



- Fascicolo Informativo
- Moduli 3 e 4 (nei casi previsti dalla normativa vigente)



- **Modulo di proposta BG LifeCare**



Allegati

- **Titolare effettivo dei rapporti continuativi** A cura dell'eventuale esecutore  
(da allegare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica)
- **Mandato per addebito diretto SEPA – S.D.D.**

Dopo la compilazione la proposta deve essere fotocopiata in 3 esemplari

Scopri tutte le **opzioni** e gli **approfondimenti** relativi alla tua Polizza "BG LifeCare".  
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

**OPZIONI**



**APPROFONDIMENTI**



N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

Cod. Convenzione: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



# 1 > I TUOI DATI



	CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Nome*		
Cognome*		
Denominazione Sociale**		
Codice fiscale		
Documento d'identità (tipologia)		
Numero Documento		
Rilasciato da		
Luogo rilascio		
Data rilascio		
Data scadenza		
Data di nascita/costituzione		
Comune di nascita/costituzione		
Provincia		
Stato		
Cittadinanza (da indicare in via prioritaria quella estera se presente)		
Indirizzo di residenza***/ Sede legale		
Località		
CAP		
Provincia		
Stato		
Indirizzo di corrispondenza		
Località		
CAP		
Provincia		
Stato		

**A cosa servono i tuoi dati?**

Ci consentono di riconoscerti e verificare la tua identità, per tutelare la tua sicurezza e rispettare la normativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

**Chi è il contraente?**

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

**Chi è l'esecutore?**

È il soggetto (solo persona fisica) al quale sono stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del contraente. In caso di persona giuridica, l'esecutore è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica, l'esecutore è il tutore/curatore/amministratore di sostegno. Devono essere sempre consegnati i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, delibera assembleare/C.d.A., statuto, visura camerale, provvedimento giudice tutelare).

**A cosa serve l'indirizzo di corrispondenza?**

È l'indirizzo a cui vengono inviate le comunicazioni riguardanti la polizza. Devi compilare questi campi solo se si tratta di un indirizzo diverso da quello di residenza. Qualora i campi non vengano compilati, le comunicazioni verranno inviate all'indirizzo di residenza.

**Rapporto tra esecutore e contraente**  
(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)

rapporti affettivi

lavoro/affari

altro Specificare

\_\_\_\_\_

\* Se persona fisica. \*\* Se persona giuridica/ente.

\*\*\* Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 2 > L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI

### ASSICURANDO

	ASSICURANDO <small>(compilare solo se diverso dal contraente)</small>
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia	
Indirizzo di residenza	
Località	
CAP	
Provincia	
L'assicurato appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente? <small>(qualora il Contraente sia una persona fisica, barrare obbligatoriamente una delle due caselle)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

**Chi è l'assicurato?**

È la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto e quindi su cui grava il rischio.

FAC-SIMILE



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## BENEFICIARI CASO MORTE

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
<b>Recapito</b> <small>Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta</b> <small>da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente</b> <small>(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)</small>	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

**Chi è il beneficiario?**  
È la persona fisica o giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati dal nuovo Contraente deve dare un totale del 100%.  
In caso di beneficiario persona fisica si devono compilare obbligatoriamente tutti i campi, ad eccezione del "Codice fiscale".  
In caso di beneficiario persona giuridica si devono compilare obbligatoriamente tutti i campi, ad eccezione di "Data e Comune di costituzione", "Provincia" e "PEP".

**A cosa serve il recapito?**  
È l'informazione che ci consente di contattare più agevolmente il beneficiario al fine di erogargli la prestazione assicurativa.

In caso di beneficiario persona fisica barrare obbligatoriamente solo una delle tre opzioni. In caso di beneficiario persona giuridica barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni fra "lavoro/affari" o "altro".

	BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
<b>Recapito</b> <small>Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta</b> <small>da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente</b> <small>(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)</small>	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



	BENEFICIARIO 5	BENEFICIARIO 6
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
<b>Recapito</b> Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte  Indirizzo (via - località - CAP - Stato)    Telefono/Cellulare  E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta</b> da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente</b> (da indicare solo se il contraente è una persona fisica)	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

**BENEFICIARI CASO "CRITICAL ILLNESS"**

<b>L'Assicurato stesso</b> (qualora venga selezionata l'assicurazione complementare "Critical Illness")	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------





GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 4 > IL TUO STATO DI SALUTE



### QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DELL'ASSICURANDO

**Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:**

- 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 dalla Compagnia, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

Ti raccomandiamo di fornirci le informazioni nella maniera più accurata possibile al fine di non compromettere il tuo diritto alla prestazione assicurativa.

**1** In funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore", barrare la casella corrispondente:

1a. Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.  SI

OPPURE

1b. Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare da meno di due anni.  SI  
 Precisare quante sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza della domanda 1a) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto non fumatore.  
 Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza della domanda 1b) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto fumatore.

**2** I miei valori somatici sono: altezza cm \_\_\_\_\_  
 peso kg \_\_\_\_\_

**3** Dichiaro di non soffrire attualmente, e di non aver sofferto in passato, di qualche malattia fisica o psichica o invalidità da cui non sia guarito completamente.  SI  NO

**4** Dichiaro che la mia pressione arteriosa è abitualmente nella norma (inferiore a 140/90 mmHg) e che non mi sono mai stati prescritti farmaci per questa patologia.  SI  NO

**5** Dichiaro che il mio peso non ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni, escluso gravidanza.  SI  NO

**6** Dichiaro di non soffrire e di non aver sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV.  SI  NO

**7** Dichiaro di non essermi mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di malattia. Sono esclusi dalla dichiarazione di anomalie conseguenza di condizioni fisiologiche (ad es. lieve anemia correlata al ciclo mestruale) o condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (come stati infettivi o infiammatori semplici).  SI  NO

**8** Dichiaro di non fare uso abituale di farmaci e di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti.  SI  NO

*Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di tranquillanti (solo se utilizzati per favorire il sonno), antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici.*

**9** Dichiaro inoltre di non abusare, e di non aver mai fatto abuso in passato, di alcol.  SI  NO

*Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica:*

vino	1 bicchiere	125 ml
birra a gradazione normale	1/2 pinta	300 ml
superalcolico	1 bicchierino	30 ml

Nome e cognome del medico curante

Indirizzo del medico curante

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## DICHIARAZIONE DI NON FUMATORE

### I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano:

- a. che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b. che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c. che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c), la Compagnia si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. 6 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Ti raccomandiamo di firmare obbligatoriamente la dichiarazione in oggetto qualora hai precedentemente indicato il tuo status di "non fumatore".

Nome e cognome del CONTRAENTE o dell'eventuale ESECUTORE	Firma del CONTRAENTE o dell'eventuale ESECUTORE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e cognome dell'ASSICURANDO (se diverso dal CONTRAENTE)	Firma dell'ASSICURANDO (se diverso dal CONTRAENTE)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 5 > REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Compagnia. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

## 6 > RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Compagnia. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 7 > CONDIZIONI DI GARANZIA

La sottoscritta Società Genertellife S.p.A. accorda col presente atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento ovvero dal giorno di valuta riconosciuto alla Compagnia dell'importo sopraindicato, la copertura del rischio di cui alla presente proposta e relativi allegati che qui si intendono integralmente richiamati, fatte salve le condizioni di carenza per i contratti senza visita medica ove previste e riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

- qualora il pagamento sia effettuato tramite assegno che risulti non incassabile;
- ovvero dal momento dell'emissione della polizza, nel qual caso la copertura proseguirà e l'importo sopraindicato verrà computato a premio della polizza stessa;
- ovvero dal momento dell'invio, a mezzo raccomandata, da parte della Direzione della Compagnia, dell'eventuale dichiarazione di rifiuto dell'assicurazione e comunque alla scadenza del 90° giorno dalla data di pagamento senza che sia intervenuta emissione della polizza, nei quali casi la copertura verrà immediatamente a cessare e l'importo sopraindicato verrà messo a disposizione del Contraente per il relativo rimborso verso restituzione del presente documento

Genertellife S.p.A.



FAC-SIMILE

## 8 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'[Informativa](#), firmando, AUTORIZZO Genertellife a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa ed il trattamento da parte di questi ultimi.

Prendi atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali all'interno dell'Informativa in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

### Consensi commerciali e di proflazione commerciale (facoltativi)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalla Compagnia;

Acconsento  Non acconsento

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Acconsento  Non acconsento

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 9 > LE TUE DICHIARAZIONI



### ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Io sottoscritto, **preso atto che le informazioni richieste, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. e int. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, sono necessarie** al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Cliente e dell'eventuale Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende accendere, fornisco, in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 del sopra richiamato decreto, sotto la mia personale responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela, consapevole che a seguito del mancato rilascio delle medesime informazioni la Compagnia si riserva il diritto di astenersi dall'apertura del rapporto ai sensi dall'art. 42 del Decreto Legislativo del 21 novembre 2007, n. 231 e succ. mod. e int. e dalle relative disposizioni di attuazione tempo per tempo vigenti.

Io sottoscritto dichiaro di essere, altresì, consapevole delle responsabilità previste, ai sensi dell'Art. 55 del citato D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni, in caso di omissione o false informazioni.

#### Scopo e natura del rapporto continuativo

Io sottoscritto **dichiaro**, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta:

- Protezione     Risparmio     Investimento

(barrare obbligatoriamente una sola casella)

Barrare obbligatoriamente una sola opzione fra Protezione, Risparmio o Investimento.

#### Titolare Effettivo\* del rapporto continuativo

Io sottoscritto Contraente del rapporto continuativo, oggetto della presente richiesta, **confermo di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo**. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia, nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del Contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. modifiche e integrazioni tramite apposito modulo allegato alla presente richiesta.

In presenza di Titolare Effettivo compilare obbligatoriamente l'apposito Allegato denominato "Titolare effettivo dei rapporti continuativi".

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposito allegato denominato "Titolare effettivo dei rapporti continuativi" - è **obbligatoria** quando **il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica**.

Io sottoscritto, consapevole degli obblighi - stabiliti dal D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. - di adeguata verifica della clientela, ai fini della valutazione del livello di rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, nonché delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dalla predetta normativa, **confermo, sotto la mia personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi della citata normativa. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

\* La definizione di "Titolare Effettivo" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

Io sottoscritto Contraente (o suo Esecutore) **DICHIARO** di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta:

- il Fascicolo informativo composto da Nota informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di proposta in versione fac-simile.
- il modulo conforme all'Allegato 3 del Reg. IVASS 40/2018, nei casi previsti dalla normativa vigente, relativo agli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
- il modulo conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS 40/2018, relativo alle informazioni da rendere al contraente, nei casi previsti dalla normativa vigente, prima della sottoscrizione della proposta.



**DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE**

Io sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) **ESPRIMO** il mio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla mia vita, ai sensi dell'art. 1919 del codice civile.

Io sottoscritto Contraente (o suo Esecutore) / Io sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza) **DICHIARO**:

- di **prosciogliere** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, 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 mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società creda di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise, complete e aggiornate e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno del presente modulo assumendomi ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta, di accettare le Condizioni di Assicurazione previste nel "Fascicolo informativo".

**Confermo**, pertanto, sotto la mia personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni riportate nel presente Modulo, con l'**impegno a comunicare prontamente** alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.

Firma del **CONTRAENTE** o dell'eventuale **ESECUTORE**

Firma dell'**ASSICURANDO** (se diverso dal **CONTRAENTE**)

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni, il Contraente oppure il suo Esecutore e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Dichiaro, inoltre, che tutte le firme presenti in questo Modulo sono state apposte in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di Genertel/life S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041-5939651



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Ottobre 2018

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEI RAPPORTI CONTINUATIVI

**Dichiarazione resa dall'esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007, ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del rapporto continuativo.**

Io sottoscritto

COGNOME

NOME

in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestataro del rapporto continuativo oggetto della presenta richiesta - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007, sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia				
Stato				
Codice fiscale				
Indirizzo di residenza *				
Località				
CAP				
Provincia				
Stato				
Cittadinanza				
Documento d'identità (tipologia)				
Numero Documento				
Rilasciato da				
Luogo rilascio				
Data rilascio				
Data scadenza				
Persona Politicamente Esposta <small>(la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

\* Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Compagnia**

Fornisco le seguenti ulteriori informazioni:

[Redacted area]

Indico di seguito la documentazione fornita alla Compagnia:

(vedi allegata documentazione)

[Redacted area]

al fine di consentire alla Compagnia di procedere ad una completa identificazione e ad un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire attraverso il presente Modulo di proposta, in conformità agli obblighi di adeguata verifica della Clientela e di valutazione del livello di rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo previsti dal D.Lgs. 231/2007 e succ. mod.

**Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007, confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 20 del richiamato decreto.**

**Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Firma dell'ESECUTORE

[Redacted signature area]

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, che tutte le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza.

[Redacted]	
Nome Consulente	[Redacted]
Cognome Consulente	[Redacted]
Codice	[Redacted]
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	
[Redacted signature area]	

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041-5939651



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Ottobre 2018



Agenzia: Banca Generali

Codice CAB Filiale acquisitrice: \_\_\_\_\_  
(da compilarsi a cura del back office della Banca)

CDG: \_\_\_\_\_



## BG LIFECARE

# MODULO DI PROPOSTA CON VISITA MEDICA

Il contratto oggetto della presente richiesta è composto dai seguenti documenti:



- Fascicolo Informativo
- Moduli 3 e 4 (nei casi previsti dalla normativa vigente)



- **Modulo di proposta BG LifeCare**



Allegati

- **Titolare effettivo dei rapporti continuativi** A cura dell'eventuale esecutore  
(da allegare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica)
- **Mandato per addebito diretto SEPA – S.D.D.**

Dopo la compilazione la proposta deve essere fotocopiata in 3 esemplari

Scopri tutte le **opzioni** e gli **approfondimenti** relativi alla tua Polizza "BG LifeCare".  
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

**OPZIONI**



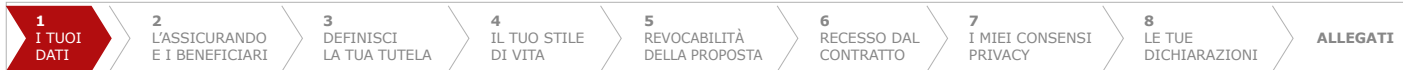
**APPROFONDIMENTI**



N° proposta: \_\_\_\_\_

Cod. Convenzione: \_\_\_\_\_

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



# 1 > I TUOI DATI



	CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Nome*		
Cognome*		
Denominazione Sociale**		
Codice fiscale		
Documento d'identità (tipologia)		
Numero Documento		
Rilasciato da		
Luogo rilascio		
Data rilascio		
Data scadenza		
Data di nascita/costituzione		
Comune di nascita/costituzione		
Provincia		
Stato		
Cittadinanza (da indicare in via prioritaria quella estera se presente)		
Indirizzo di residenza***/ Sede legale		
Località		
CAP		
Provincia		
Stato		
Indirizzo di corrispondenza		
Località		
CAP		
Provincia		
Stato		

**A cosa servono i tuoi dati?**  
Ci consentono di riconoscerti e verificare la tua identità, per tutelare la tua sicurezza e rispettare la normativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

**Chi è il contraente?**  
Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

**Chi è l'esecutore?**  
È il soggetto (solo persona fisica) al quale sono stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del contraente. In caso di persona giuridica, l'esecutore è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica, l'esecutore è il tutore/curatore/amministratore di sostegno. Devono essere sempre consegnati i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, delibera assembleare/C.d.A., statuto, visura camerale, provvedimento giudice tutelare).

**A cosa serve l'indirizzo di corrispondenza?**  
È l'indirizzo a cui vengono inviate le comunicazioni riguardanti la polizza. Devi compilare questi campi solo se si tratta di un indirizzo diverso da quello di residenza. Qualora i campi non vengano compilati, le comunicazioni verranno inviate all'indirizzo di residenza.

**Rapporto tra esecutore e contraente**  
(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)

rapporti affettivi

lavoro/affari

altro Specificare

\_\_\_\_\_

\* Se persona fisica. \*\* Se persona giuridica/ente.

\*\*\* Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 2 > L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI

### ASSICURANDO

	ASSICURANDO <small>(compilare solo se diverso dal contraente)</small>
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia	
Indirizzo di residenza	
Località	
CAP	
Provincia	
L'assicurato appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente? <small>(qualora il Contraente sia una persona fisica, barrare obbligatoriamente una delle due caselle)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

**Chi è l'assicurato?**

È la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto e quindi su cui grava il rischio.

FAC-SIMILE



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**BENEFICIARI CASO MORTE**

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
<b>Recapito</b> <small>Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta</b> <small>da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente</b> <small>(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)</small>	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica o giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati dal nuovo Contraente deve dare un totale del 100%.  
In caso di beneficiario persona fisica si devono compilare obbligatoriamente tutti i campi, ad eccezione del "Codice fiscale".  
In caso di beneficiario persona giuridica si devono compilare obbligatoriamente tutti i campi, ad eccezione di "Data e Comune di costituzione", "Provincia" e "PEP".

**A cosa serve il recapito?**

È l'informazione che ci consente di contattare più agevolmente il beneficiario al fine di erogargli la prestazione assicurativa.

In caso di beneficiario persona fisica barrare obbligatoriamente solo una delle tre opzioni.  
In caso di beneficiario persona giuridica barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni fra "lavoro/affari" o "altro".

	BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
<b>Recapito</b> <small>Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta</b> <small>da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente</b> <small>(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)</small>	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

N° proposta: \_\_\_\_\_

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

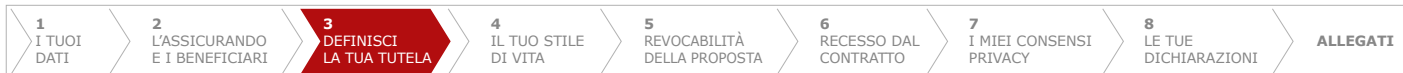


	BENEFICIARIO 5	BENEFICIARIO 6
Nome e Cognome / Denominaz. Sociale		
% Beneficiario (no decimali)		
Data di nascita / costituzione		
Comune di nascita / costituzione <small>Qualora il Beneficiario sia nato all'estero indicare la Nazione di nascita</small>		
Provincia		
Codice fiscale		
Recapito <small>Da indicare obbligatoriamente almeno una delle tre opzioni proposte</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Persona Politicamente Esposta <small>da indicare solo se il Beneficiario è una persona fisica (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è indicata nel presente Modulo all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto tra beneficiario e contraente <small>(da indicare solo se il contraente è una persona fisica)</small>	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> rapporti affettivi <input type="checkbox"/> lavoro/affari <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

### BENEFICIARI CASO "CRITICAL ILLNESS"

<b>L'Assicurato stesso</b> (qualora venga selezionata l'assicurazione complementare "Critical Illness")	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



### 3 > DEFINISCI LA TUA TUTELA

Nome Prodotto	<input type="checkbox"/> Prodotto 0476V /BG LifeCare non fumatori ed. 04/2018 <input type="checkbox"/> Prodotto 0476W /BG LifeCare fumatori ed. 04/2018
Capitale assicurato	€ _____
Durata del contratto	<input type="text"/> <input type="text"/> cifre                      lettere
Assicurazioni Complementari	<input type="checkbox"/> Assicurazione complementare "Critical Illness" <input type="checkbox"/> 50% oppure <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Assicurazione Complementare per il caso di Morte Accidentale (A.C.M.A.) e per il caso di Decesso per infortunio conseguente ad Incidente stradale (A.C.M.A. - I.S.)
Frazionamento del premio	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> mensile (solo con S.D.D.)
Premio annuo*	€ _____
Rata di perfezionamento*	€ _____
* di cui per le assicurazioni complementari € _____	

#### Status dell'Assicurando

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, deve indicare nella presente tabella lo stato di "non fumatore" o "fumatore" dell'Assicurando.

#### Personalizza la tua protezione

Puoi scegliere di attivare le coperture complementari "Critical Illness" (50% o 100%) e ACMA-IS che tutelano i tuoi cari in caso di insorgenza di malattia grave (cancro, ictus, infarto) e di decesso a seguito di infortunio/incidente stradale. Puoi scegliere di attivare entrambe le coperture complementari, non essendo le stesse esclusive fra di loro.

#### Frazionamento del premio

Il frazionamento del premio annuale, semestrale o mensile decorre dopo il primo anno. La prima annualità va versata per intero al momento della sottoscrizione comprensiva di tutti gli eventuali sovrappremi.



#### ORIGINE DEI FONDI

Il Contraente deve barrare una sola casella relativa all'origine prevalente dei fondi utilizzati per la sottoscrizione del presente contratto.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente                             | <input type="checkbox"/> Reinvestimento da liquidazione                       |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo                               | <input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni |
| <input type="checkbox"/> Vincita  | <input type="checkbox"/> Scudo fiscale / <i>Voluntary Disclosure</i>          |
| <input type="checkbox"/> Lascito / Eredità / Donazione                            | <input type="checkbox"/> Divorzio   |
| <input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione / Pensione | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                            |
| <input type="checkbox"/> Operazioni / Rendita da immobili                         |   |
| <input type="checkbox"/> Utile societario / Reddito d'impresa                     |   |



#### MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI SUCCESSIVI

MAV	<input type="checkbox"/>
S.D.D.	<input type="checkbox"/>

Compilare il mandato S.D.D., unica modalità di pagamento prevista in caso di frazionamento mensile. In caso di Contraente persona giuridica, nel mandato S.D.D. deve essere indicato il conto di addebito IBAN della persona giuridica.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 4 > IL TUO STILE DI VITA

**1** In funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore", barrare la casella corrispondente:

1a. Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione del presente Modulo di Proposta e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente. **SI**

OPPURE

1b. Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare da meno di due anni. **SI**  
 Precisare quante sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

**2** Si reca in paesi pericolosi per clima e/o situazione politico-militare? **SI** **NO**  
 Se SI, precisare dove: \_\_\_\_\_

**3** Indichi il suo reddito annuo da lavoro:

≤ € 20.000  
 da € 20.001 fino a € 50.000  
 da € 50.001 fino a € 75.000  
 da € 75.001 fino a € 100.000  
 oltre € 100.000

**4** Ha in vigore altre polizze di assicurazione sulla sua persona con coperture in caso di morte? **SI** **NO**  
 Se SI indichi la somma assicurata, la data di scadenza e a quali condizioni sono state accettate (normale, tarato, con SP professionale/residenziale, con limitazione della somma, con riduzione di durata, con esclusioni/quali, posticipato).

**5** Ha mai sottoscritto una proposta di assicurazione sulla vita, a copertura di malattie gravi (Dread Disease), invalidità, infortuni o assistenza di lungo periodo (Long Term Care) che sia stata rifiutata, rinviata o che non sia stata accettata a condizioni normali? **SI** **NO**  
 Se SI per favore dia dettagli:

**6** Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre assicurazioni sulla persona? **SI** **NO**  
 Se SI, quali e per quale somma assicurata:

Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza della domanda 1a) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto non fumatore.  
 Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza dalla domanda 1b) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto fumatore.

### DICHIARAZIONE DI NON FUMATORE

**I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano:**

- a. che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b. che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c. che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c), la Compagnia si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. 6 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Ti raccomandiamo di firmare obbligatoriamente la dichiarazione in oggetto qualora hai precedentemente indicato il tuo status di "non fumatore".

Nome e cognome del CONTRAENTE o dell'eventuale ESECUTORE	Firma del CONTRAENTE o dell'eventuale ESECUTORE
Nome e cognome dell'ASSICURANDO (se diverso dal CONTRAENTE)	Firma dell'ASSICURANDO (se diverso dal CONTRAENTE)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## PROFESSIONE DELL'ASSICURANDO

(si prega di sottolineare quella corrispondente se tra quelle indicate)

- 1 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.
- 2 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.
- 3 Minatore con uso di esplosivo.
- 4 Chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie esplosive.
- 5 Chimico (altro personale) addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche e/o esplosive.

**Altro** (precisare dettagliatamente)

Qual è stata la sua professione o mestiere nel passato? \_\_\_\_\_

Ha dovuto cambiare professione o mestiere per motivi di salute?

SI  NO

La Compagnia si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività professionale comunicata.

(La Compagnia stabilirà le condizioni di accettazione)



## ATTIVITÀ SPORTIVE DELL'ASSICURANDO

(si prega di sottolineare quella corrispondente se tra quelle indicate)

- 1 Nessuna attività sportiva.
- 2 Calcio, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazione a gare e tornei, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, escursionismo alpino, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, tutte esercitate in forma dilettantistica.
- 3 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.
- 4 Ciclismo agonistico, sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee.
- 5 Pugilato agonistico.
- 6 Volo con deltaplano non a motore o parapendio.

**Altro**

Livello professionistico

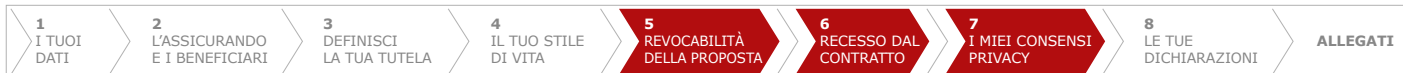
Livello amatoriale/dilettantistico

Partecipazione a gare

SI  NO

La Compagnia si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività sportiva comunicata.

(La Compagnia stabilirà le condizioni di accettazione)



## 5 > REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Compagnia. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

## 6 > RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Compagnia. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

## 7 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consenso contrattuale (obbligatorio)

Preso atto dell'Informativa, firmando, AUTORIZZO Genertel/life a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa ed il trattamento da parte di questi ultimi.

### Consensi commerciali e di profilazione commerciale (facoltativi)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalla Compagnia;

Acconsento  Non acconsento

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

Acconsento  Non acconsento

Prendi atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali all'interno dell'Informativa in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 8 > LE TUE DICHIARAZIONI



### ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Io sottoscritto, **preso atto che le informazioni richieste, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. e int. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, sono necessarie** al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Cliente e dell'eventuale Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende accendere, fornisco, in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 del sopra richiamato decreto, sotto la mia personale responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela, consapevole che a seguito del mancato rilascio delle medesime informazioni la Compagnia si riserva il diritto di astenersi dall'apertura del rapporto ai sensi dall'art. 42 del Decreto Legislativo del 21 novembre 2007, n. 231 e succ. mod. e int. e dalle relative disposizioni di attuazione tempo per tempo vigenti.

Io sottoscritto dichiaro di essere, altresì, consapevole delle responsabilità previste, ai sensi dell'Art. 55 del citato D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni, in caso di omissione o false informazioni.

#### Scopo e natura del rapporto continuativo

Io sottoscritto **dichiaro**, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta:

Protezione  Risparmio  Investimento

(barrare obbligatoriamente una sola casella)

Barrare obbligatoriamente una sola opzione fra Protezione, Risparmio o Investimento.

#### Titolare Effettivo\* del rapporto continuativo

Io sottoscritto Contraente del rapporto continuativo, oggetto della presente richiesta, **confermo di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo**. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia, nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del Contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. modifiche e integrazioni tramite apposito modulo allegato alla presente richiesta.

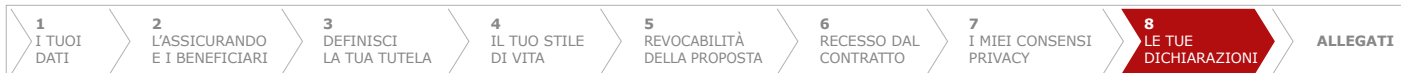
In presenza di Titolare Effettivo compilare obbligatoriamente l'apposito Allegato denominato "Titolare effettivo dei rapporti continuativi".

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposito allegato denominato "Titolare effettivo dei rapporti continuativi" - è **obbligatoria** quando **il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica**.

Io sottoscritto, consapevole degli obblighi - stabiliti dal D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. - di adeguata verifica della clientela, ai fini della valutazione del livello di rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, nonché delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dalla predetta normativa, **confermo, sotto la mia personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi della citata normativa. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

\* La definizione di "Titolare Effettivo" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

Io sottoscritto Contraente (o suo Esecutore) **DICHIARO** di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta:

- il Fascicolo informativo composto da Nota informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di proposta in versione fac-simile.
- il modulo conforme all'Allegato 3 del Reg. IVASS 40/2018, nei casi previsti dalla normativa vigente, relativo agli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
- il modulo conforme all'Allegato 4 del Reg. IVASS 40/2018, relativo alle informazioni da rendere al contraente, nei casi previsti dalla normativa vigente, prima della sottoscrizione della proposta.



**DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE**

Io sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) **ESPRIMO** il mio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla mia vita, ai sensi dell'art. 1919 del codice civile.

Io sottoscritto Contraente (o suo Esecutore) / Io sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza) **DICHIARO**:

- di **prosciogliere** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, 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 mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società creda di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise, complete e aggiornate e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno del presente modulo assumendomi ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta, di accettare le Condizioni di Assicurazione previste nel "Fascicolo informativo".

**Confermo**, pertanto, sotto la mia personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni riportate nel presente Modulo, con l'**impegno a comunicare prontamente** alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.

Firma del **CONTRAENTE** o dell'eventuale **ESECUTORE**

Firma dell'**ASSICURANDO** (se diverso dal **CONTRAENTE**)

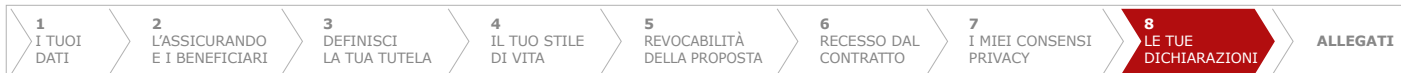




N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni, il Contraente oppure il suo Esecutore e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Dichiaro, inoltre, che tutte le firme presenti in questo Modulo sono state apposte in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	
<input checked="" type="checkbox"/>	

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di Genertelife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041-5939651



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Ottobre 2018

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEI RAPPORTI CONTINUATIVI

**Dichiarazione resa dall'esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007, ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del rapporto continuativo.**

Io sottoscritto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COGNOME

NOME

in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestataro del rapporto continuativo oggetto della presenta richiesta - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007, sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

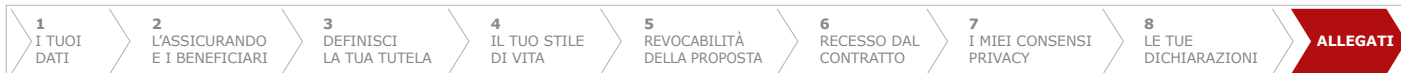
	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia				
Stato				
Codice fiscale				
Indirizzo di residenza *				
Località				
CAP				
Provincia				
Stato				
Cittadinanza				
Documento d'identità (tipologia)				
Numero Documento				
Rilasciato da				
Luogo rilascio				
Data rilascio				
Data scadenza				
<b>Persona Politicamente Esposta</b> (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

\* Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Compagnia**

Fornisco le seguenti ulteriori informazioni:

[Redacted area]

Indico di seguito la documentazione fornita alla Compagnia:

(vedi allegata documentazione)

[Redacted area]

al fine di consentire alla Compagnia di procedere ad una completa identificazione e ad un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire attraverso il presente Modulo di proposta, in conformità agli obblighi di adeguata verifica della Clientela e di valutazione del livello di rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo previsti dal D.Lgs. 231/2007 e succ. mod.

**Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007, confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 20 del richiamato decreto.**

**Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Firma dell'ESECUTORE

[Redacted signature area]

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, che tutte le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza.

[Redacted area]

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	

Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE

[Redacted signature area]

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - tel. 041-5939651



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 06515871009 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Ottobre 2018

