

Linea Investimento Garantito

18 ANNI

Ed. 11/12

Assicurazione di capitale differito
rivalutabile con controassicurazione
a premio annuo costante

**Il presente Fascicolo
Informativo contenente:**

Scheda Sintetica
Nota Informativa
Condizioni di Assicurazione, comprensive del
Regolamento della Gestione Separata
Glossario
Modulo di Proposta

deve essere consegnato
al Contraente prima della
sottoscrizione della proposta
di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
la Scheda Sintetica
e la Nota Informativa.



BGVITA

Scheda Sintetica

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

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda Sintetica è volta a fornire al contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota informativa

■ 1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

Genertellife S.p.A. è società appartenente al Gruppo Generali.

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa*

L'ammontare del patrimonio netto, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari a 1.070,1 milioni di Euro di cui:

- 168,2 milioni relativi al capitale sociale e
- 901,9 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 129,2%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

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

1.c) Denominazione del contratto

BG 18 Anni ed. 11/12

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dall'impresa e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione separata di attivi.

1.e) Durata

Durata del presente contratto: minima 5 anni, massima 25 anni.

È possibile esercitare il diritto di riscatto, purché il Contraente/Assicurato abbia provveduto al versamento di almeno tre annualità di premio.

1.f) Pagamento dei premi

Il contratto prevede il versamento di premi annui costanti per tutta la durata contrattuale.

L'importo minimo di premio annuo è pari a Euro 500,00.

Il Contraente/Assicurato, una volta che il contratto è concluso, può effettuare eventuali versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a Euro 500,00 e di importo massimo, per ogni anno di contratto, pari a Euro 50.000,00.

2. Caratteristiche del contratto

Il presente contratto si propone come un piano di risparmio di medio/lungo periodo, a basso rischio e con una copertura assicurativa opzionale data da una rendita temporanea di sopravvivenza da corrispondere, in caso di decesso del Contraente/Assicurato, fino all'anniversario che precede la scadenza del contratto.

Una parte del premio versato viene utilizzata dall'impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità) e pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà pagato alla scadenza del contratto.

Si rinvia al progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni, del valore di riduzione e di riscatto contenuto nella sezione E della Nota informativa per la comprensione del meccanismo di partecipazione agli utili.

L'impresa è tenuta a consegnare al Contraente il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

■ 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazioni in caso di vita

Capitale	In caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza del contratto, il pagamento del capitale assicurato al Beneficiario/Assicurato stesso.
Bonus a scadenza	In caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza del contratto (a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti), il pagamento al Beneficiario/Assicurato stesso di un bonus pari al 5,00% del capitale assicurato derivante dai versamenti previsti dal piano (esclusi eventuali versamenti aggiuntivi).

b) Prestazioni in caso di decesso

Esonero pagamento premi	In caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, l'esonero dal pagamento dei premi residui. Alla scadenza del contratto, in caso di vita del Beneficiario/Assicurato, rimane fermo quanto previsto dalla precedente lettera a).
Controassicurazione dei premi versati	In caso di decesso del Beneficiario/Assicurato nel corso della durata contrattuale, il pagamento, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente/Assicurato, di un importo pari ai premi netti versati e debitamente rivalutati fino alla data del decesso.

c) Prestazioni in caso di invalidità (nel caso sia stata scelta la tariffa V26CI/0 o V26CI/0 R)

Esonero pagamento premi	In caso di infortunio o malattia del Contraente/Assicurato, nel corso della durata contrattuale, che abbia come conseguenza una invalidità totale e permanente, l'esonero dal pagamento dei premi residui.
--------------------------------	--

d) Opzioni contrattuali

Pagamento del capitale in caso di vita sotto forma di borsa di studio	In caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza del contratto, il pagamento, al Beneficiario/Assicurato stesso del capitale assicurato (o di una parte di esso) in rate annuali rivalutabili.
Rendita temporanea di sopravvivenza	In caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, il pagamento immediato al Beneficiario/Assicurato di una rendita temporanea da corrispondere fino alla ricorrenza che precede la scadenza del contratto.

Il contratto prevede il riconoscimento di un tasso di interesse minimo garantito pari allo 0,00% consolidato annualmente (la rivalutazione annua delle prestazioni non può di conseguenza risultare mai negativa).

Le partecipazioni agli utili eccedenti la predetta misura minima contrattualmente garantita, una volta dichiarate al Contraente/Assicurato, risultano definitivamente acquisite sul contratto.

In caso di riscatto il Contraente/Assicurato sofferta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

In caso di mancato versamento delle prime tre annualità di premio, è prevista la perdita per il Contraente/Assicurato dei premi versati.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla Sezione B. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dall'Articolo 1 e dalla Parte VI delle Condizioni di Assicurazione.

■ 4. Costi

L'impresa, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla Sezione C.

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla gestione separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo" che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su parametri prefissati.

Il Costo percentuale medio annuo in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Gestione separata "Ri.Alto BG"

Ipotesi adottate:

Premio annuo: Euro 1.500,00

Sesso Assicurati: qualunque

Età Contraente/Assicurato: 45 anni

Tasso di rendimento degli attivi: 2,00%

Durata: 15 anni
Età Ben./Ass.: 10 anni

Anno	CPMA
5	5,99%
10	3,33%
15	2,28%

Durata: 20 anni
Età Ben./Ass.: 5 anni

Anno	CPMA
5	7,19%
10	4,03%
15	2,79%
20	2,11%

Durata: 25 anni
Età Ben./Ass.: 0 anni

Anno	CPMA
5	8,38%
10	4,75%
15	3,29%
20	2,51%
25	2,01%

5. Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione separata “Ri.Alto BG” negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e con l’indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2012	4,45%	2,95%	4,64%	2,97%
2013	4,40%	2,90%	3,35%	1,17%
2014	4,01%	2,51%	2,08%	0,21%
2015	3,81%	2,31%	1,19%	-0,17%
2016	3,50%	2,00%	0,91%	-0,09%

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri

La Gestione Separata “Ri.Alto BG” deriva dall’operazione di scissione e fusione di gestioni separate della Compagnia con effetto 1 novembre 2015.

6. Diritto di ripensamento

Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la Sezione D della Nota informativa.

Genertellife S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda Sintetica.

Il rappresentante legale

Dott.ssa Antonella Maier



documento aggiornato a marzo 2017



Assicurazione di capitale differito rivalutabile con controassicurazione a premio annuo costante
Tariffe: V26C/0; V26C/0 R; V26CI/0; V26CI/0 R
Ed. 11/2012

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/Assicurato 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 5939611
Sito Internet: www.bgvita.it
E-mail: bgvita@bgvita.it
bgvita@pec.bgvita.it
- d) La Società 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 dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

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

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Durata del presente contratto: minima 5 anni, massima 25 anni

Il contratto, a fronte del versamento di un piano di premi annui costanti, prevede le seguenti prestazioni assicurative:

prestazioni principali

- in caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza del contratto;
- in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- in caso di decesso del Beneficiario/Assicurato nel corso della durata contrattuale.
- in caso di invalidità totale e permanente del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale (Tariffa V26CI/0 oppure V26CI/0 R).

Si rinvia all'Articolo 1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni principali.

Sono previste inoltre delle opzioni contrattuali. Si rinvia all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole opzioni.

AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso ed in caso di invalidità prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia agli Articoli 3.1 e 4.1 delle Condizioni di Assicurazione. Sulle prestazioni in caso di decesso ed in caso di invalidità è presente altresì un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato) per i cui dettagli si rinvia agli Articoli 3.3 e 4.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa che il capitale liquidabile alla scadenza del contratto è il risultato della capitalizzazione dei premi versati, al netto dei costi e del premio relativo ai rischi demografici.

Il contratto prevede il riconoscimento anticipato e garantito di un tasso di interesse minimo pari al 0,00% annuo (tasso di interesse tecnico), impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni. Il contratto prevede inoltre il riconoscimento di un tasso di interesse minimo garantito pari allo 0,00% consolidato annualmente.

3. Premi

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età del Beneficiario/Assicurato e del Contraente/Assicurato e, per le coperture di rischio, allo stato di salute ed alle abitudini di vita di quest'ultimo.

Il numero minimo di annualità di premio da versare per maturare il diritto al riscatto del contratto o alla riduzione della prestazione a scadenza è pari a tre. In caso di mancato pagamento di tali prime tre annualità di premio il Contraente/Assicurato perde quanto versato.

Il presente contratto prevede la corresponsione di premi annui anticipati.

Il Contraente/Assicurato, una volta che il contratto è concluso, ha facoltà di effet-

tuare, purché il contratto risulti in regola con il versamento dei premi annui ed entro la scadenza contrattuale, ulteriori versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a Euro 500,00 fino a raggiungere al massimo, per ogni anno di contratto, un importo pari a Euro 50.000,00.

Il perfezionamento del versamento aggiuntivo è subordinato all'accettazione da parte della Società.

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 per i relativi costi di frazionamento.

Il primo premio annuo e gli eventuali versamenti aggiuntivi potranno essere versati alla Società oppure ad un Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede (di seguito anche Financial Planner) di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- assegno bancario;
- assegno circolare;
- bonifico bancario;
- addebito sul conto corrente bancario;
- bonifico da disinvestimento dal Fondo/Polizza in scadenza o in differimento.

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

4. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto prevede una partecipazione agli utili conseguiti annualmente dalla Gestione Separata Ri.Alto BG che è una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società.

L'assegnazione della partecipazione agli utili avviene ad ogni ricorrenza annuale del contratto e consiste nell'attribuire al capitale assicurato il rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Separata Ri.Alto BG diminuito di un valore trattenuto dalla Società come specificato al Punto 5.2 della presente Nota informativa.

Si rinvia per maggiori dettagli alla Parte VI delle Condizioni di Assicurazione relativa alla clausola di rivalutazione ed al regolamento della gestione separata che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione stesse.

Per gli effetti del meccanismo di rivalutazione delle prestazioni, si rinvia alla Sezione E contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e di riscatto.

La Società consegna al Contraente/Assicurato il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il è informato che il contratto è concluso.

C. Informazioni su costi, sconti e regime fiscale

5 Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente/Assicurato

5.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi, applicati a seconda del versamento effettuato (premio annuo costante oppure eventuale premio aggiuntivo) e della rateazione prescelta, sono espressi sia in valore percentuale del premio che in valore assoluto come riportato nelle seguenti tabelle:

Premio	Diritti di quietanza	Caricamenti	Addizionale di frazionamento
Annuo costante	Euro 0,75	Euro 30,00 + 4,00%	Semestrale 2,00% Mensile 4,50%
Aggiuntivo	-	4,00%	-

Spese di emissione del contratto	Euro 7,50 una tantum
---	----------------------

I costi percentuali sono applicati al premio annuo costante al netto delle spese di emissione (applicate una tantum al premio di sottoscrizione) e/o quietanza e della cifra fissa.

AVVERTENZA: il contratto prevede altri costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età del Contraente/Assicurato al momento della sottoscrizione superiore a 60 anni e 6 mesi. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/ medico a cui intenderà rivolgersi il Contraente/Assicurato.

5.1.2 Costi per riscatto

Nella tabella seguente si riportano le percentuali di riduzione del capitale assicurato per le diverse durate residue espresse in anni interi:

Durata residua	Percentuale di riduzione	Durata residua	Percentuale di riduzione
22	15,16%	11	7,89%
21	14,52%	10	7,20%
20	13,88%	9	6,50%
19	13,24%	8	5,80%
18	12,58%	7	5,10%
17	11,93%	6	4,38%
16	11,27%	5	3,67%
15	10,60%	4	2,94%
14	9,93%	3	2,22%
13	9,26%	2	1,48%
12	8,58%	1	0,74%

5.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Gestione separata "Ri.Alto BG"	
Percentuale trattenuta sul rendimento annuo	1,50 punti percentuali

Tale percentuale trattenuta si incrementa di uno 0,10% in valore assoluto per ogni punto di rendimento della gestione separata superiore al 6,00%.

Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto
54,74%

6. Regime fiscale

Si riporta di seguito il trattamento fiscale applicabile al presente contratto.

Detrazione fiscale dei premi

La parte di premio afferente al rischio morte 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.

Somme corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato

Le somme corrisposte in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni.

Le somme corrisposte in caso di morte dell'Assicurato in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita posti a copertura del rischio demografico sono esenti dall'IRPEF.

Somme corrisposte in caso di riscatto ed in caso di vita dell'Assicurato a scadenza

Le somme corrisposte,

- in forma di capitale, sono soggette ad imposta sostitutiva, sulla differenza fra la somma dovuta dalla Società e l'ammontare dei premi corrisposti dal Contraente, pari al 26%*;
- in forma di rendita vitalizia, sono soggette ad imposta sostitutiva, sulla differenza fra l'importo di ciascuna rata di rendita e quello della corrispondente rata calcolata senza tenere conto dei rendimenti finanziari, pari al 26%*. Al capitale maturato, prima di essere convertito in rendita vitalizia, si applica l'imposta sostitutiva così come descritta al punto precedente.

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) all'Impresa 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 all'Impresa in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

* Poiché nel patrimonio della Gestione Separata sono presenti titoli pubblici, tale aliquota del 26% sarà ridotta in funzione dell'ammontare di tali titoli; in tal modo gli aventi diritto beneficeranno indirettamente della minor tassazione dei proventi dei titoli pubblici (pari al 12,50%) come se avessero investito direttamente negli stessi.

■ **D. Altre informazioni sul contratto**

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Articolo 6 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/Assicurato ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

AVVERTENZA: la risoluzione del contratto può determinare degli eventuali effetti negativi sul contratto stesso.

Si rinvia agli Articoli 10 e 11 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

9. Riscatto e riduzione

Il contratto riconosce un valore di riduzione e di riscatto.

Nel caso di mancato pagamento di almeno tre annualità di premio tali valori di riduzione e di riscatto non sono previsti.

Per le modalità di determinazione dei valori di riscatto e di riduzione si rinvia agli Articoli 10 e 12 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di procedere alla riattivazione del contratto per le cui modalità, termini e condizioni economiche si rinvia all'Articolo 11 delle Condizioni di Assicurazione.

I valori di riduzione e di riscatto potrebbero risultare inferiori ai premi versati.

Qualora il Contraente/Assicurato volesse ottenere informazioni relativamente ai valori di riduzione e di riscatto, può rivolgersi al Servizio Clienti della Società:

Genertellife - Servizio Clienti
Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
Telefono: 041 5939611
E-mail: bgvita@bgvita.it
bgvita@pec.bgvita.it

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E per l'illustrazione dell'evoluzione dei valori di riscatto e riduzione, precisando che i valori riferiti alle caratteristiche richieste dal Contraente/Assicurato saranno contenuti nel Progetto personalizzato.

10. Revoca della proposta

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

Per la revoca della proposta deve essere inviata alla Società 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/Assicurato un assegno circolare.

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

Gli obblighi assunti dal Contraente/Assicurato e dalla Società cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società rimborsa al Contraente/Assicurato 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/Assicurato può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Per il recesso dal contratto deve essere inviata alla Società 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/Assicurato un assegno circolare.

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

Gli obblighi assunti dal Contraente/Assicurato e dalla Società cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

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

La Società 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/Assicurato o il Beneficiario/Assicurato sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società.

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

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato 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 Società e devono contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, 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 Società 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

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 all'impresa 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.

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).

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. Informativa in corso di contratto

L'impresa è tenuta a trasmettere entro sessanta giorni dalla data prevista nelle Condizioni di Assicurazione per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura della rivalutazione.

17. Conflitto di interessi

La Società 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 Società 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.

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

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

In tale contesto, si precisa quanto segue:

Politiche di prodotto

La Società 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.

Incentivi

La Società 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.

Gestione degli attivi

La Società ha affidato la gestione delle attività a copertura delle riserve tecniche a Generali Investments Europe S.p.A., Società di gestione del risparmio, interamente controllata dalla Capogruppo Assicurazioni Generali S.p.A. L'incarico di gestione patrimoniale a favore di detta società è conferito al fine di garantire un processo di investimento maggiormente monitorabile e caratterizzato da una trasparenza dell'attività di investimento altrimenti non raggiungibile e, quindi, nell'interesse dei clienti. La Società di gestione, nell'ambito del mandato conferitole, effettua le operazioni di investimento alle migliori condizioni possibili, nel rispetto del principio della "best execution", ed opera, anch'essa secondo una politica di gestione dei conflitti di interessi.

Situazioni di influenza da parte di determinati contraenti sui rendimenti delle gestioni separate

La Società ha individuato, per ciascuna gestione separata, gli importi massimi che possono essere movimentati in entrata e in uscita mediante contratti a prestazioni rivalutabili da un unico contraente o da più contraenti, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, affinché il rendimento della gestione non sia influenzato a vantaggio di certi clienti e a svantaggio di altri.

Retrocessione di commissioni

La Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione, da parte di soggetti terzi, di commissioni o altri proventi. Si rinvia comunque al rendiconto annuale della gestione separata per la quantificazione delle utilità eventualmente ricevute e retrocesse agli assicurati.

■ **E. Progetto esemplificativo delle prestazioni**

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, periodicità di versamenti ed età degli Assicurati con riferimento alla tariffa V26C/0.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione e di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) una ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente Progetto, al 2,00%. La misura di rivalutazione è ottenuta scorpendo il tasso di interesse tecnico già riconosciuto nel calcolo del capitale assicurato iniziale.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che l'impresa è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle condizioni di assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'IVASS sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'impresa.

Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

Sviluppo dei premi, delle prestazioni e dei valori di riduzione e di riscatto in base a:

a) tasso di rendimento minimo garantito

- Tasso di interesse tecnico: 0,00%
- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,00%
- Età del Contraente/Assicurato: 30 anni
- Età del Beneficiario/Assicurato: 3 anni
- Durata: 15 anni
- Sesso del Contraente/Assicurato: qualunque
- Sesso del Beneficiario/Assicurato: qualunque
- Premio annuo: Euro 1.500,00

Anni trascorsi	Premio Annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Prestazione in caso di morte del Beneficiario/Assicurato	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza del piano dei versamenti
1	1.500,00	1.500,00	20.093,68	1.499,19	-	-	-
2	1.500,00	3.000,00	20.093,68	2.998,50	-	-	-
3	1.500,00	4.500,00	20.093,68	4.497,75	3.674,08	4.018,74	4.018,74
4	1.500,00	6.000,00	20.093,68	5.997,00	4.935,52	5.358,32	5.358,32
5	1.500,00	7.500,00	20.093,68	7.496,25	6.215,67	6.697,89	6.697,89
6	1.500,00	9.000,00	20.093,68	8.995,50	7.514,74	8.037,47	8.037,47
7	1.500,00	10.500,00	20.093,68	10.494,75	8.832,95	9.377,05	9.377,05
8	1.500,00	12.000,00	20.093,68	11.994,00	10.170,51	10.716,63	10.716,63
9	1.500,00	13.500,00	20.093,68	13.493,25	11.527,64	12.056,21	12.056,21
10	1.500,00	15.000,00	20.093,68	14.992,50	12.904,55	13.395,79	13.395,79
11	1.500,00	16.500,00	20.093,68	16.491,75	14.301,47	14.735,37	14.735,37
12	1.500,00	18.000,00	20.093,68	17.991,00	15.718,62	16.074,95	16.074,95
13	1.500,00	19.500,00	20.093,68	19.490,25	17.156,22	17.414,52	17.414,52
14	1.500,00	21.000,00	20.093,68	20.989,50	18.614,49	18.754,10	18.754,10
15	1.500,00	22.500,00	20.093,68	22.488,75	20.093,68	-	-

Prestazione caso vita a scadenza (comprensiva del bonus)

21.098,37

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, non potrà avvenire.

b) ipotesi di rendimento finanziario

- Tasso di interesse tecnico: 0,00%
- Tasso di rendimento finanziario: 2,00%
- Eventuali prelievi sul rendimento: 1,50%
- Aliquota di retrocessione: 100,00%
- Tasso di rendimento retrocesso: 0,50%
- Età del Contraente/Assicurato: 30 anni
- Età del Beneficiario/Assicurato: 3 anni
- Durata: 15 anni
- Sesso del Contraente/Assicurato: qualunque
- Sesso del Beneficiario/Assicurato: qualunque
- Premio annuo: Euro 1.500,00

Il tasso del 2,00% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.

Anni trascorsi	Premio Annuo	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Prestazione in caso di morte del Beneficiario/Assicurato	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza del piano dei versamenti
1	1.500,00	1.500,00	20.113,78	1.499,69	-	-	-
2	1.500,00	3.000,00	20.154,26	3.001,50	-	-	-
3	1.500,00	4.500,00	20.215,45	4.506,78	3.710,95	4.059,06	4.309,41
4	1.500,00	6.000,00	20.297,66	6.017,09	4.997,52	5.425,63	5.731,61
5	1.500,00	7.500,00	20.401,18	7.533,98	6.309,53	6.799,03	7.146,74
6	1.500,00	9.000,00	20.526,36	9.059,00	7.647,35	8.179,31	8.554,82
7	1.500,00	10.500,00	20.673,50	10.593,69	9.011,39	9.566,48	9.955,90
8	1.500,00	12.000,00	20.842,95	12.139,62	10.402,04	10.960,59	11.350,01
9	1.500,00	13.500,00	21.035,03	13.698,37	11.819,71	12.361,67	12.737,19
10	1.500,00	15.000,00	21.250,09	15.271,53	13.264,81	13.769,75	14.117,46
11	1.500,00	16.500,00	21.488,47	16.860,68	14.737,75	15.184,88	15.490,86
12	1.500,00	18.000,00	21.750,51	18.467,45	16.238,96	16.607,08	16.857,43
13	1.500,00	19.500,00	22.036,58	20.093,44	17.768,86	18.036,39	18.217,21
14	1.500,00	21.000,00	22.347,04	21.740,29	19.327,89	19.472,85	19.570,21
15	1.500,00	22.500,00	22.682,24	23.409,63	-	-	-

Prestazione caso vita a scadenza (comprensiva del bonus)

22.682,24

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali.

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 ad agosto 2016



Assicurazione di capitale differito rivalutabile con controassicurazione a premio annuo costante
Tariffe: V26C/0; V26C/0 R; V26CI/0; V26CI/0 R
Ed. 11/2012

Condizioni di Assicurazione

Premessa

Il presente contratto è disciplinato esclusivamente:

- dalle presenti Condizioni;
- da quanto indicato nel Documento di polizza e nelle eventuali Appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

■ Parte I - Prestazioni

Art. 1 - Prestazioni assicurate

BG 18 Anni ed. 11/12 è una polizza di capitale differito rivalutabile con controassicurazione, a premio annuo costante, che prevede inoltre, in caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, l'esonero dal pagamento dei premi residui (tariffa base).

Il Contraente/Assicurato, al momento della sottoscrizione del modulo di Proposta, ha la possibilità di optare tra le seguenti soluzioni:

- tariffa base (V26C/0);
- tariffa base con rendita temporanea di sopravvivenza (V26C/0 R);
- tariffa base con invalidità (V26CI/0);
- tariffa base con invalidità e rendita di sopravvivenza (V26CI/0 R).

Una volta scelta una delle quattro soluzioni, per il Contraente/Assicurato non è più possibile passare ad un'altra nel corso del contratto.

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita la Società si obbliga:

a) in caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza contrattuale, a pagare allo stesso il capitale assicurato rivalutato.

L'importo di detto capitale maturato alla scadenza contrattuale è dato dal "ca-

capitale assicurato iniziale” indicato nel documento di polizza aumentato delle quote di rivalutazioni annuali determinate nella misura e secondo le modalità previste dalla “Clausola di rivalutazione” (Parte VI).

Il contratto prevede, alla scadenza contrattuale, in caso di completamento del piano dei versamenti, il riconoscimento di un bonus pari al 5,00% del capitale assicurato derivante dai versamenti previsti dal piano (esclusi eventuali versamenti aggiuntivi).

b) in caso di morte del Beneficiario/Assicurato prima della scadenza contrattuale, a restituire, ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente/Assicurato, un importo pari al premio annuo netto iniziale moltiplicato per il numero dei premi annui pagati, comprese eventuali frazioni di premio, e rivalutato nella proporzione in cui il capitale, quale risulta rivalutato all’anniversario della data di decorrenza del contratto che precede la data del decesso, sta a quello inizialmente assicurato;

c) in caso di morte del Contraente/Assicurato prima della scadenza contrattuale, a pagare al Beneficiario/Assicurato, alla scadenza stessa, il capitale assicurato previsto alla precedente lettera a) senza ulteriore corresponsione di premi;

d) in caso di Invalidità Totale Permanente (I.T.P. - tariffa V26CI/0 oppure V26CI/0) del Contraente/Assicurato prima della scadenza contrattuale, a pagare al Beneficiario/Assicurato alla scadenza stessa, il capitale assicurato previsto alla precedente lettera a) senza ulteriore corresponsione dei premi.

Art. 2 - Opzioni contrattuali

Opzione “borsa di studio”

Il Contraente/Assicurato ha facoltà di richiedere, entro il termine della durata contrattuale, che il capitale assicurato liquidabile in caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza contrattuale, venga liquidato (tutto o parte di esso), a partire dalla scadenza stessa, in un numero di rate annuali anticipate, certe e rivalutabili, compreso tra 5 e 10.

Opzione “rendita di sopravvivenza”

La presente opzione, esercitabile da parte del Contraente/Assicurato esclusivamente al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta, prevede che, qualora la morte del Contraente/Assicurato avvenga prima dell’ultima ricorrenza annuale che precede la scadenza del contratto, la Società, oltre a quanto previsto dal precedente Art. 1 lettera c), provvede ad erogare una rendita temporanea rivalutabile di sopravvivenza.

L’ammontare annuo iniziale della rendita è pari al 20% del capitale assicurato in vigore alla data del decesso del Contraente/Assicurato. Gli eventuali versamenti aggiuntivi non concorrono alla determinazione di tale capitale assicurato.

La rendita viene corrisposta in rate annuali posticipate di cui la prima alla ricorrenza annuale del contratto immediatamente successiva alla data della morte del Contraente/Assicurato e l’ultima alla ricorrenza annuale che precede la scadenza del contratto.

La corresponsione della rendita è subordinata all'esistenza in vita, ad ogni anniversario di pagamento della stessa, del Beneficiario/Assicurato.

Art. 3 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere 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 del Contraente/Assicurato o del Beneficiario/Assicurato;
- b) partecipazione del Contraente/Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva del Contraente/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 il Contraente/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 il Contraente/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 il Contraente/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 il Contraente/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 a qualsiasi livello: immersioni subacquee non in apnea; scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia; torrentismo; vela transoceanica;
- n) attività professionale pericolosa che comporti: contatti con materie esplosive, venefiche, chimiche od elettriche; lavori su impalcature o ponti; lavori nel sottosuolo o in mare aperto; l'appartenenza non con mansioni 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.

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 del Contraente/Assicurato, la Compagnia si riserva la valutazione di un eventuale sovrappremio.

In ogni caso le esclusioni di cui ai punti j), k), l), m), n) decadono automaticamente senza emissione di speciale Appendice, qualora il Contraente/Assicurato compili il questionario previsto obbligatoriamente nel caso di capitale assicurato superiore a Euro 250.000,00.

3.2 Aggravamento del rischio

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente/Assicurato dichiara la propria professione, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione da parte del Contraente/Assicurato devono essere comunicati alla Società affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente/Assicurato stesso se intende:

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

Se la Società comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente/Assicurato 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 Società 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/Assicurato nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

3.3 Carenze

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

Qualora il Contraente/Assicurato, previo assenso della Società, 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 Società 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 precedentemente disposto);
- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, 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 il Contraente/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.

Il Contraente/Assicurato dovrà in ogni caso obbligatoriamente sottoporsi a visita medica/accertamenti medici in caso di capitali assicurati superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età del Contraente/Assicurato stesso, al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta, superiore a 60 anni e 6 mesi. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà a carico del Contraente/Assicurato.

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

Art. 4 - Rischio di Invalidità Totale e Permanente (nel caso si sia scelta la tariffa V26CI/0 o V26CI/0)

Il rischio di Invalidità Totale e Permanente è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni previste dai successivi punti 4.1, 4.2 e 4.3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Si intende divenuto Invalido Totale e Permanente (nel seguito ITP) il Contraente/Assicurato in attività lavorativa, che non abbia raggiunto l'età di 65 anni e che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, successivamente alla data di effetto della Polizza, esclusa ogni preesistenza, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente la capacità all'esercizio di qualsiasi professione o mestiere o attività remunerativa, a condizione che il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

Indipendentemente da quanto sopra, il Contraente/Assicurato sarà considerato ITP se nell'opinione della Società, dopo considerazione di soddisfacente evidenza medica, ha sofferto di:

- perdita totale e irrecuperabile della vista di entrambi gli occhi; o
- paralisi completa e permanente di entrambe le mani o entrambi i piedi o effettivo distacco di due o più arti al o sopra il polso o la caviglia; o
- perdita totale e irrecuperabile della vista di un occhio e o (i) paralisi completa e permanente di una mano o di un piede o (ii) effettivo distacco di un arto al o sopra il polso o la caviglia.

Art. 4.1 - Esclusioni

Per la copertura assicurativa di Invalidità Totale e Permanente valgono le esclusioni previste per il caso morte come indicato all'Articolo 3.1.

Inoltre non verrà pagato alcun beneficio per la presente assicurazione se l'invalidità è direttamente o indirettamente derivante da o conseguente a:

- autolesione mentre mentalmente sano o insano, tentativo di suicidio, esposizione volontaria al pericolo mentre mentalmente sano o insano, salvo atti commessi per dovere di umanità e solidarietà;
- condizioni o sintomi fisici e mentali preesistenti; qualsiasi malattia diagnosticata prima della stipula del contratto e non dichiarata all'atto di sottoscrizione della Polizza;
- malattie o disordini mentali o psichici, malattie non obiettivamente accertabili.

Art. 4.2 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente

Verificatasi l'Invalidità Totale e Permanente del Contraente/Assicurato, il Contraente/Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti, deve chiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, unitamente ad un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità.

Ai fini dell'accertamento dell'invalidità, il Contraente/Assicurato deve fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenza dell'invalidità.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione - data di denuncia - decorre il periodo di accertamento da parte della Società che, in ogni caso, non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere al Contraente/Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto al Contraente/Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di invalidità. Accertato lo stato di invalidità permanente, è facoltà della Società verificare che tale stato di invalidità perduri fino al completamento del pagamento della prestazione assicurativa, come definito all'Art. 15.

Si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di invalidità con medici di sua fiducia.

L'eventuale stato di invalidità dovrà essere accertato in Italia o in altro Paese di gradimento per la Società; l'eventuale trasferimento dell'Assicurato al luogo dell'accertamento è a carico dell'interessato.

A partire dalla data di denuncia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi. In caso di mancato riconoscimento è riattivato il piano dei versamenti e il Contraente/Assicurato, informato tramite apposita comunicazione della Società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

Art. 4.3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 4.4 - Aggravamento del rischio

In caso di cambiamento di professione del Contraente/Assicurato, lo stesso dovrà darne immediata comunicazione scritta, pena la possibile perdita di ogni diritto derivante dal contratto assicurativo. Risulta infatti che, se la nuova professione comporta un aggravamento del rischio, la Società può cancellare il contratto o condizionare la sua continuazione al pagamento di un sovrappremio.

Art. 4.5 - Carenze

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

Qualora il Contraente/Assicurato, previo assenso della Società, 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 Società si impegna a corrispondere le prestazioni assicurate solo nel caso in cui l'evento assicurato 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 precedentemente disposto);
- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, 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, vaccinica 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 l'evento assicurato sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui il Contraente/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 prestazioni assicurate superiori a 750.000,00 Euro è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

Per agevolare l'attività di compilazione del Modulo di Proposta si precisa che:

a) sono considerate professioni non pericolose le seguenti:

Titolare o dirigente di azienda con mansioni di ufficio; commerciante o negoziante; appartenente alle forze armate o alle Forze dell'Ordine con sole mansioni di ufficio che non naviga e non vola; albergatore, operatore turistico con mansioni di ufficio; pensionato, studente, casalinga, insegnante, ministro del culto non missionario, impiegato; radiologo o tecnico di radiologia nella Sanità; medico nella Sanità non su mezzi di pronto intervento, odontoiatra; psicologo; farmacista, farmacologo; architetto; attuario, avvocato, commercialista, notaio; consulente finanziario; agente di commercio; geometra (solo edilizia e cantieristica navale), ingegnere (solo edile, cantieristica navale, telecomunicazioni, elettronico, meccanico), giornalista/reporter; biologo, fisico, astronomo, matematico; agricoltore senza utilizzo di macchine agricole; artigiano o operaio senza uso di macchine e senza accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere; autista di veicolo con peso a pieno carico non superiore ai 35 q.li e che non trasporta materiale infiammabile; fabbro, falegname; lavoratore edile con qualifica di sorvegliante, capomastro, capo operaio; chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive o venefiche.

b) Sono considerate attività sportive non pericolose (tutti a livello non professionistico) le seguenti:

Trekking/escursioni in montagna escluso alpinismo, scherma, atletica leggera, ginnastica artistica, jogging, arti marziali, lotta, nuoto in piscina e acque costiere, tuffi dal trampolino, snorkeling senza autorespiratore, surf, windsurf, canoa e kayak e canottaggio non sulle rapide; sci d'acqua senza partecipazione a gare, moto d'acqua senza partecipazione a gare; bocce, bowling, pesca, ciclismo e mountainbike, biliardo, calcio, calcetto, cricket, baseball, rugby, pallacanestro, palla a mano, pallavolo, beach volley, golf, hockey, pattinaggio, sci escluso fuori pista, snowboarding, tiro con l'arco, squash, tennis, volano, tennis da tavolo, vela non trans-oceanica, caccia (non safari).

c) 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.

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

Il Contraente/Assicurato designa il Beneficiario/Assicurato in sede di conclusione del contratto e successivamente non può revocarlo o modificarlo.

Le operazioni di recesso, riscatto prestito, pegno o vincolo non richiedono l'assenso scritto del Beneficiario/Assicurato.

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

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società 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 del Contraente/Assicurato e del Beneficiario/Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Dichiarazione U.S. Person

Il Contraente è tenuto a compilare e sottoscrivere la sezione F.A.T.C.A. - presente nel Modulo di Proposta di questo contratto - per la raccolta di informazioni sul suo eventuale status di contribuente americano (c.d. U.S. Person). Nel corso della durata contrattuale il Contraente si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente per iscritto a Genertellife S.p.A. qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni indicate in Proposta.

In ogni caso Genertellife S.p.A., in conformità alle previsioni normative di settore, verificherà se siano intervenute eventuali variazioni di circostanze rilevanti ai fini F.A.T.C.A. tali da comportare l'aggiornamento della classificazione del Contraente come "U.S. Person" e provvederà, nel caso, alle comunicazioni previste dalla normativa stessa.

■ Parte II - Conclusione del contratto

Art. 6 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Società abbia rilasciato al Contraente/Assicurato 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 pagato il premio di sottoscrizione, alle ore ventiquattro del giorno di decorrenza del contratto. Il giorno di decorrenza, per qualsiasi forma di pagamento scelta, è pari al giorno di valuta riconosciuto alla Società.

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

Art. 7 - Diritto di recesso

Il Contraente/Assicurato può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso va inviata alla Direzione della Società 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 Società rimborsa al Contraente/Assicurato 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.

■ **Parte III - Premi**

Art. 8 - Pagamento dei premi

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento di un premio annuo indicato nel suo ammontare nel documento di polizza.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del contratto e per tutta la durata stabilita, oppure fino alla morte del Beneficiario/Assicurato e/o del Contraente/Assicurato qualora questa avvenga prima del termine della durata contrattuale.

Il premio di primo anno è dovuto per intero.

Il Contraente/Assicurato 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:

Rateazione	Addizionale di frazionamento
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

Il primo premio annuo e gli eventuali versamenti aggiuntivi potranno essere versati alla Società o ad un Financial Planner di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- assegno bancario;
- assegno circolare;
- bonifico bancario;
- addebito sul conto corrente bancario;
- bonifico da disinvestimento dal Fondo/Polizza in scadenza o in differimento.

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

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

Art. 9 - Versamenti aggiuntivi

Il Contraente/Assicurato, una volta che il contratto è concluso, ha facoltà di effettuare, purché il contratto risulti in regola con il versamento dei premi annui ed entro la scadenza contrattuale, ulteriori versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a Euro 500,00 fino a raggiungere al massimo, per ogni anno di contratto, un importo pari a Euro 50.000,00.

A seguito di tali versamenti la Società rilascia lettera di conferma dell'avvenuto investimento del premio.

Il perfezionamento del versamento aggiuntivo è subordinato all'accettazione da parte della Società.

La Società inoltre, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e successive modifiche in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, relativamente alle operazioni di versamento aggiuntivo, può richiedere specifiche informazioni al fine di una adeguata verifica della clientela.

Art. 10 - Mancato versamento dei premi: risoluzione

In caso di mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, e sempre che siano state interamente corrisposte almeno le prime tre annualità di premio, il contratto resta in vigore per le seguenti prestazioni ridotte:

- in caso di vita del Beneficiario/Assicurato alla scadenza contrattuale, la Società provvede alla corresponsione di un capitale assicurato ridotto determinato moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni, ed il numero dei premi annui pattuiti ed aggiungendo al valore così ottenuto la differenza tra il capitale rivalutato all'anniversario della data di decorrenza del contratto che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata e il capitale inizialmente assicurato;
- in caso di morte del Beneficiario/Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un importo uguale a quello che sarebbe stato liquidato qualora il decesso si fosse verificato alla data di sospensione del pagamento dei premi.

Con l'interruzione del pagamento dei premi cessa il diritto di ottenere, in caso di vita del Beneficiario/Assicurato a scadenza, la relativa prestazione di bonus.

Con l'interruzione del pagamento dei premi cessa la copertura per il caso di premorienza del Contraente/Assicurato e, nel caso sia stata scelta la tariffa V26CI/0 o V26CI/0, la copertura per il caso di invalidità totale permanente del Contraente/Assicurato.

Il capitale ridotto e l'importo liquidabile in caso di morte verranno rivalutati nella misura prevista dal punto A) della "Clausola di rivalutazione" ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi.

In caso di mancato completamento del versamento delle prime tre annualità di premio, il contratto si risolve e rimane privo di qualsiasi effetto ed i premi corrisposti restano acquisiti alla Società. Eventuali versamenti aggiuntivi nel frattempo effettuati verranno rimborsati al Contraente/Assicurato.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente/Assicurato non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto all'incasso a domicilio, anche qualora ciò fosse avvenuto per precedenti premi.

Art. 11 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del piano di versamento dei premi, il contratto può essere riattivato, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata, entro un anno da tale data.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

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

La riattivazione è possibile solo a seguito della corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati in base al tasso annuo di riattivazione per il periodo intercorso tra la relativa data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e quella di riattivazione.

Per tasso annuo di riattivazione si intende il tasso di rendimento annuo attribuito al contratto, stabilito al punto A) della "Clausola di rivalutazione", nell'anno assicurativo nel quale viene effettuata la riattivazione, con un minimo pari al tasso legale di interesse applicabile alla data della riattivazione.

■ **Parte IV - Vicende contrattuali**

Art. 12 - Riscatto

Il contratto, a seguito di richiesta scritta da parte del Contraente/Assicurato, è riscattabile totalmente purché siano state corrisposte le prime tre annualità di premio e sia il Contraente/Assicurato che il Beneficiario/Assicurato siano in vita.

L'importo relativo al riscatto totale si ottiene scontando al tasso dello 0,75% il capitale ridotto, in vigore alla data della richiesta, per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta stessa e quella della scadenza contrattuale.

Art. 13 - Prestiti

Il Contraente/Assicurato in regola con il pagamento dei premi può ottenere prestiti dalla Società, entro il valore di riscatto maturato.

La Società indica, nell'atto di prestito, condizioni e tasso di interesse.

Art. 14 - Pegno e vincolo

Il Contraente/Assicurato può dare in pegno il contratto o vincolare le prestazioni. Tali atti diventano efficaci nei confronti della Società solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione su apposita appendice.

Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario

■ **Parte V - Pagamenti della Società**

Art. 15 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti deve essere presentata alla Società 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 di cui sopra, si riporta di seguito l'ulteriore documentazione necessaria nei singoli casi di liquidazione:

1) Scadenza

Prima della scadenza contrattuale la Società invierà al Contraente/Assicurato un avviso di scadenza con il quale egli potrà scegliere il tipo di prestazione che desidera gli venga liquidata. Nel caso in cui venga scelta la liquidazione sotto forma di "borsa di studio", la Società provvederà ad inviare al Contraente stesso una lettera di conferma.

Per la liquidazione del capitale sono necessari:

- certificato di esistenza in vita del Beneficiario/Assicurato emesso dal Comune di residenza successivamente alla scadenza del contratto;
- dichiarazione, allegata all'avviso di scadenza, di accettazione del capitale sottoscritta dal Beneficiario/Assicurato e dal Contraente/Assicurato;

- copia fronte/retro di un documento d'identità valido del Beneficiario/Assicurato o compilazione dell'apposita parte riguardante il documento d'identità riportata nella dichiarazione di cui sopra.

Per la liquidazione sotto forma di "borsa di studio" sono necessari:

- dichiarazione, allegata all'avviso di scadenza, di accettazione della rendita sottoscritta dal Beneficiario/Assicurato e dal Contraente/Assicurato.

2) *Decesso del Contraente/Assicurato*

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

- certificato di morte;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva 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 testamento e che questo sia l'ultimo, valido e non impugnato. 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 Società;
- testamento: qualora l'Assicurato coincida con il Contraente e questo abbia lasciato testamento variando i beneficiari caso morte, censiti in polizza, deve essere allegata una copia autenticata del testamento ritenuto valido e non impugnato;
- relazione medica sulle cause del decesso, al fine di 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 società (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).

2A) *Invalidità Totale Permanente del Contraente/Assicurato (nel caso sia stata scelta la tariffa V26CI/0 o V26CI/0)*

Qualora si verifichi l'Invalidità Totale e Permanente del Contraente/Assicurato, la prestazione è subordinata all'invio della seguente ulteriore documentazione, in originale o in copia conforme all'originale: un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità, unitamente a tutta la documentazione medica relativa.

In caso di invalidità del Contraente/Assicurato l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento è determinata con i criteri e le modalità previste all'Art. 4.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

In caso di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente del Contraente/Assicurato, poiché il pagamento della prestazione è subordinato alla per-

sistenza dell'invalidità stessa, qualora tale stato - come definito all'art. 4 - non perduri, la Società interrompe le prestazioni dandone comunicazione scritta al Contraente/Assicurato.

Il Contraente/Assicurato può ripristinare, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, la copertura assicurativa per la prestazione residua, versando tutte le rate di premio non corrisposte senza interessi; decorso tale termine, il contratto si risolve definitivamente e non è più ripristinabile.

3) *Decesso del Beneficiario/Assicurato*

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

- il certificato di morte;
- semplice indicazione della causa del decesso.

4) *Revoca della proposta o recesso dal contratto*

La comunicazione di revoca o di recesso deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata alla Direzione della Società.

5) *Riscatto totale*

- richiesta di riscatto sottoscritta dal Contraente/Assicurato;
- copia fronte/retro di un documento d'identità valido del Contraente/Assicurato.

6) *Prestito*

- richiesta di prestito sottoscritta dal Contraente/Assicurato;
- copia fronte/retro di un documento d'identità valido del Contraente/Assicurato.

La Società, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e successive modifiche in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, relativamente alle operazioni di revoca, recesso, riscatto e prestito può richiedere ulteriori specifiche informazioni.

Per casi particolari la Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

La Società 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 Direzione della Società.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 del codice civile).

Art. 16 - Imposte e tasse

Imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente/Assicurato, del Beneficiario/Assicurato 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)

all'Impresa 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 all'Impresa 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/Assicurato o del Beneficiario/Assicurato o dei loro aventi diritto.

■ **Parte VI - Clausola di rivalutazione**

BG 18 Anni ed. 11/12 fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione annua delle prestazioni in base alle condizioni appresso indicate. A tal fine la Società gestirà, con le modalità e i criteri previsti dal Regolamento della Gestione Separata Ri.Alto BG, attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) Rendimento attribuito

Il rendimento della Gestione Separata viene certificato entro il 31 dicembre di ciascun anno, come riportato al punto 3 del relativo Regolamento.

Il rendimento attribuito al contratto, nell'anno solare successivo, corrisponde al rendimento certificato della Gestione Separata diminuito di 1,50 punti percentuali. Tale percentuale si incrementa di uno 0,10% in valore assoluto per ogni punto di rendimento della Gestione Separata superiore al 6,00%.

Il rendimento minimo attribuito non può comunque risultare inferiore allo 0,00%.

B) Rivalutazione del capitale

Ad ogni anniversario della data di decorrenza viene attribuita al contratto una rivalutazione pari al rendimento attribuito.

La rivalutazione si determina maggiorando il capitale assicurato maturato all'anniversario della data di decorrenza precedente, comprensivo degli aumenti derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni, di un importo che si ottiene moltiplicando il capitale assicurato stesso per il relativo rendimento attribuito, definito al punto A). Nel caso in cui però il capitale abbia una giacenza inferiore all'anno, per esempio in presenza di versamenti aggiuntivi investiti nella Gestione Separata in un momento diverso dalla ricorrenza annuale, la misura di rivalutazione viene ridotta in ragione del tempo effettivo di giacenza.

■ **Parte VII - Regolamento della Gestione Separata Ri.Alto BG**

1. Il presente Regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla Società, denominato Ri.Alto BG (la Gestione Separata). La Gestione Separata è riservata alla clientela intermediata da Banca Generali S.p.A.
2. La Gestione Separata è denominata in Euro.
3. Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento

decorre dal 1° novembre dell'anno precedente al 31 ottobre dell'anno di revisione contabile.

4. La Società, nella gestione del portafoglio, attua una politica d'investimento prudente orientata verso titoli mobiliari di tipo obbligazionario che mira a massimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo costantemente un basso livello di rischiosità del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo. La scelta degli investimenti è determinata sulla base della struttura degli impegni assunti nell'ambito dei contratti assicurativi collegati alla Gestione e dall'analisi degli scenari economici e dei mercati di investimento. Nel breve termine, e nel rispetto di tali criteri, è comunque possibile cogliere eventuali opportunità di rendimento.

Le principali tipologie di investimento in cui vengono investite le risorse sono: obbligazionario, immobiliare e azionario, come di seguito specificato; l'investimento potrà anche essere indiretto attraverso l'utilizzo di OICR armonizzati.

Investimenti obbligazionari

L'investimento in strumenti obbligazionari, prevalentemente con rating investment grade, punta ad una diversificazione per settori, emittenti, scadenze e a garantire un adeguato grado di liquidabilità.

In questo ambito sono ricompresi anche strumenti di breve e brevissimo termine quali depositi bancari, pronti contro termine o fondi monetari.

Investimenti immobiliari

La gestione degli investimenti potrà comprendere attività del comparto immobiliare, inclusi i fondi comuni di investimento, le azioni e le quote di società del medesimo settore.

Investimenti azionari

Gli investimenti in strumenti finanziari di tipo azionario sono effettuati prevalentemente in titoli quotati nei mercati ufficiali o regolamentati, riconosciuti e regolarmente funzionanti. La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (tra i quali ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento nel mercato).

Vi è anche la possibilità di investire in altri strumenti finanziari.

Nella gestione degli investimenti, la Società si attiene ai seguenti limiti:

Investimenti obbligazionari	massimo 100%
Investimenti immobiliari	massimo 40%
Investimenti azionari	massimo 35%
Investimenti in altri strumenti finanziari	massimo 10%

Possono essere effettuati, inoltre, investimenti in strumenti finanziari derivati nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore.

Possono infine essere effettuati investimenti in attivi emessi dalle controparti di cui all'art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n. 25 nel limite complessivo massimo del 20% dell'attivo della Gestione Separata. In tale limite non rientrano gli investimenti in strumenti collettivi di investimento mobiliare o immobiliare istituiti, promossi o gestiti dalle controparti sopra citate per i quali la normativa di riferimento o i relativi regolamenti di gestione non consentano

di effettuare operazioni potenzialmente suscettibili di generare conflitti di interesse con società del gruppo di appartenenza della SGR oltre il limite del 20% del patrimonio dell'OICR.

L'Euro è la principale valuta dei titoli presenti nella Gestione Separata. Nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa di settore è possibile l'utilizzo di titoli in altre valute, mantenendo un basso livello di rischiosità.

5. Il valore delle attività della Gestione Separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla Gestione stessa.
6. Sulla Gestione Separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione Separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.
7. Il rendimento della Gestione Separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della Gestione Separata.
8. Il tasso medio di rendimento della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione annuale, è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata alla giacenza media delle attività della Gestione Separata stessa.

Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla Gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione oltre che dagli utili e dai proventi di cui al precedente paragrafo 7. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al precedente paragrafo 6 effettivamente sostenute ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione Separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.

La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione Separata.

9. La Gestione Separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.
10. Il presente Regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il contraente.
11. La Gestione Separata potrà essere oggetto di fusione o scissione con altre gestioni separate costituite dalla Società aventi caratteristiche simili e politiche di investimento omogenee. La eventuale fusione o scissione perseguirà in ogni caso l'interesse dei contraenti e non comporterà oneri aggiuntivi a carico di questi ultimi.
12. Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

documento aggiornato ad agosto 2016

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 Società ed il Contraente/Assicurato oppure dovuti per Legge.

B **BENEFICIARIO/ASSICURATO**

Persona fisica designata in polizza dal Contraente/Assicurato che riceve le prestazioni previste dal contratto quando si verifica l’evento assicurato.

C **CARENZA**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l’evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde le prestazioni assicurate, ma i premi netti versati.

CARICAMENTI

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

CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Condizioni in base alle quali il Contraente/Assicurato 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 Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente/Assicurato, ne fa annotazione sul contratto 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.

COMPOSIZIONE DELLA GESTIONE SEPARATA

Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della Gestione Separata.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Momento in cui il Contraente/Assicurato riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente/Assicurato riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONFLITTO DI INTERESSI

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

CONSOLIDAMENTO

Meccanismo in base al quale le rivalutazioni delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

CONTRAENTE/ASSICURATO

Persona fisica che stipula, sulla propria vita, il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

CONTROASSICURAZIONE DEI PREMI

Clausola contrattuale che prevede in caso di morte del Beneficiario/Assicurato/Assicurato la restituzione dei premi pagati rivalutati fino a quel momento.

COSTI (O SPESE)

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

COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO

Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla Società, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello della stessa non gravata da costi.

D**DECORRENZA DEL CONTRATTO**

La data di entrata in vigore del contratto indicata nel documento di polizza.

DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO/ASSICURATO

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

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.

E**ESCLUSIONI**

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

ESTRATTO CONTO ANNUALE

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali i premi versati e quelli eventualmente in arretrato, valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto, il valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto, tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla Gestione, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

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:

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

G GESTIONE SEPARATA DI ATTIVI

Termine con cui è indicata una speciale forma di gestione interna degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Compagnia, che consente di attribuire, al contratto ad essa collegato, parte dei rendimenti finanziari realizzati.

I IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Principio secondo cui le somme assicurate non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

IMPOSTA SOSTITUTIVA

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

IPOTESI DI RENDIMENTO

Rendimento finanziario ipotetico fissato dall'IVASS per l'elaborazione dei progetti personalizzati da parte della Società.

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.

M MODULO DI PROPOSTA

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente/Assicurato, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione prescelto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

N**NOTA INFORMATIVA**

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

O**OPZIONE**

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente/Assicurato può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, l'opportunità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale venga convertito in una rendita temporanea certa rivalutabile.

P**POLIZZA RIVALUTABILE**

Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione in cui le prestazioni si rivalutano sulla base del rendimento realizzato dalla Gestione Separata.

PREMIO ANNUO

Importo che il Contraente/Assicurato si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti prestabiliti previsti dal contratto di assicurazione.

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso del Contraente/Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento al Beneficiario/Assicurato/Assicurato delle prestazioni assicurate.

PRESTAZIONE MINIMA GARANTITA

Somma minima garantita pagabile del Beneficiario/Assicurato al verificarsi dell'evento assicurato.

PRESTITO

Somma che il Contraente/Assicurato può frasi prestare dalla Società nei limiti del valore di riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono concordate tra la Società ed il Contraente/Assicurato mediante appendice da allegare al contratto.

PROGETTO PERSONALIZZATO

Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'IVASS, delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'Istituto stesso e consegnato al potenziale Contraente/Assicurato.

Q**QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO)**

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

R**RECESSO**

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

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA

L'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la Gestione Separata.

RENDIMENTO FINANZIARIO

Rendimento finanziario della Gestione Separata nel periodo previsto dal regolamento della gestione stessa.

RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

Rendimento minimo garantito dal contratto a prescindere dal risultato finanziario della Gestione Separata.

RENDIMENTO TRATTENUTO

Rendimento finanziario che la Società si trattiene dal rendimento finanziario della Gestione Separata.

REVOCA

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

RIATTIVAZIONE

Facoltà del Contraente/Assicurato di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi non pagati a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

RICORRENZA ANNUALE

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

RIDUZIONE

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente/Assicurato di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

RISCATTO

Facoltà del Contraente/Assicurato di interrompere anticipatamente il contratto e di chiedere la liquidazione dell'importo liquidabile in quel momento.

RISERVA MATEMATICA

Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente.

RIVALUTAZIONE

Maggiorazione delle prestazioni assicurate sulla base della quota di rendimento attribuito eccedente il rendimento minimo garantito (tasso tecnico già conteggiato nel calcolo dei premi e delle prestazioni).

S**SCADENZA**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SCHEDA SINTETICA

Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Società deve consegnare al potenziale Contraente/Assicurato prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato, come ad esempio il decesso del Contraente/Assicurato.

SOCIETÀ (DI ASSICURAZIONE)

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

SOCIETÀ DI REVISIONE CONTABILE

Società di Revisione che controlla e certifica, oltre ai risultati della Gestione Separata, la contabilità e i bilanci della Società.

SOSTITUTO D'IMPOSTA

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

documento aggiornato a marzo 2017

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 5939611



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. – iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 – Codice fiscale e Registro imprese Treviso 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

Linea Investimento Garantito

18
ANNI
FAC-SIMILE

Ed. 11/12



PROPOSTA CON COPERTURA PROVVISORIA N. SVM

BG 18Anni - Ed. 11/12

Cod. Convenzione Agenzia **BANCA GENERALI** Codice **9|0|9**

Filiale

CODICE CAB DELLA FILIALE ACQUISITRICE (DA COMPILARSI A CURA DEL BACK OFFICE DELLA BANCA) CDG

Contraente/Assicurando (adulto)

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE (ANCHE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA) COMUNE DI NASCITA PROV
 CITTADINANZA* INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV
 INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) LOCALITÀ CAP PROV

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

Beneficiario/Assicurando (minore)

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV
 INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV

L'Assicurando appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente: SI NO

Dati dell'eventuale Legale Rappresentante / delegato del Contraente

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV
 CITTADINANZA* INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa V26C/0 (tariffa base)
 V26C/0 R (tariffa base con rendita di sopravvivenza)
 V26CI/0 (tariffa base con invalidità)
 V26CI/0 R (tariffa base con invalidità e rendita di sopravvivenza)

Premio annuo €

Rata di perfezionamento Spese di emissione Totale da versare⁽¹⁾
 € + € 7,50 = €

⁽¹⁾ La prima annualità va versata per intero alla sottoscrizione, comprensiva di tutti i sovrappremi, delle spese di emissione e dei diritti di incasso relativi ad un anno.

Durata cifre lettere Frazionamento Annuale Semestrale⁽¹⁾ Mensile⁽¹⁾ (solo con SDD)
 contratto: del premio: 1 2 12 ⁽¹⁾Dopo il primo anno.

Versamento del premio di perfezionamento

- Assegno bancario n. _____ ABI _____ CAB _____ NON TRASFERIBILE tratto all'ordine di Genertellife S.p.A.
- Assegno circolare n. _____ ABI _____ CAB _____ NON TRASFERIBILE tratto all'ordine di Genertellife S.p.A.
- Bonifico bancario della Banca _____
IBAN _____ CRO _____
a favore di Genertellife S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795 presso Banca Generali di Mogliano Veneto. Allegare copia dell'ordine di bonifico.
- Addebito sul conto corrente bancario. Autorizzo fin d'ora Banca Generali ad addebitare per l'importo dovuto il conto corrente a me intestato/cointestato n. _____ con la valuta prevista per la presente operazione e a bonificare contestualmente l'importo a Genertellife S.p.A.
- Bonifico da disinvestimento dal Fondo/Polizza in scadenza o in differimento _____
a favore di Genertellife S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795 presso Banca Generali di Mogliano Veneto. Allegare copia della richiesta di disinvestimento.

Versamento dei premi successivi

- MAV
- SDD (compilare l'autorizzazione SDD, unica modalità di pagamento prevista in caso di frazionamento mensile)
- Bonifico da disinvestimento programmato dal Fondo _____
a favore di Genertellife S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795 presso Banca Generali di Mogliano Veneto. Allegare copia della richiesta di disinvestimento.

**• In caso siano state scelte le Tariffe V26C/0 (tariffa base) o V26C/0 R (tariffa base con rendita di sopravvivenza):
Questionario sanitario a cura del Contraente/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 dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

1 Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare SI NO
da meno di due anni.
Precisare quante sigarette al giorno:

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 sati 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. 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 SI NO

situazioni di malattia. Sono esclusi dalla dichiarazione di anomalità 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).

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

• **In caso siano state scelte le Tariffe V26CI/0 (tariffa base con invalidità) o V26CI/0 R (tariffa base con invalidità e rendita di sopravvivenza):**

Questionario sanitario a cura del Contraente/Assicurando

Nella compilazione del questionario si deve tener presente che le dichiarazioni non veritiere, inesatte e/o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. Si rammenta inoltre che l'Assicurato può comunque chiedere di essere sottoposto a visita medica, con oneri a suo carico, per certificare il Suo effettivo stato di salute.

- | | |
|---|---|
| <p>1 Svolge attività professionali pericolose? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(vedi Condizioni di Assicurazione Art. 5)
Se sì, precisare quali _____</p> <p>2 Svolge attività sportive pericolose? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(vedi Condizioni di Assicurazione Art. 5)
Se sì, precisare quali _____</p> <p>3 Ha già sottoscritto una proposta di assicurazioni sulla vita, a copertura di malattie gravi (<i>Dread Disease</i>), invalidità, infortuni o assistenza di lungo periodo (<i>Long Term Care</i>) che sia stata rifiutata, rinviata o che non sia stata accettata a condizioni normali? Se sì, per favore dia dettagli _____</p> <p>4 Fuma o ha smesso di fumare da meno di due anni? Se sì, precisare quante sigarette _____</p> <p>5 I miei valori somatici sono
altezza cm _____ e peso Kg _____</p> <p>6 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. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7 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. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8 Dichiaro che il mio peso non ha subito variazione per più di 5 Kg negli ultimi due anni. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>9 Dichiaro di non essere stato ricoverato o di non prevedere ricoveri in un prossimo futuro in case di cura, sanatori, ospedali o simili, anche se in regime di day-hospital, per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, emorro-</p> | <p>idectomia, deviazione del setto nasale, parto, cisti benigne, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee semplici, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie.</p> <p>10 Dichiaro di non avere mai eseguito o di non prevedere l'esecuzione in un prossimo futuro di procedure invasive come coronarografie, angiografie, endoscopie del tratto digerente, respiratorio o urinario. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>11 Dichiaro di non aver mai subito diagnosi, trattamenti od interventi chirurgici per tumori. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>12 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 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). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>13 Dichiaro di non fare uso abituale di farmaci e di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>14 Dichiaro di non abusare, e di non aver mai fatto abuso in passato, di alcol. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(vedi Condizioni di Assicurazione Art. 5)</p> <p>15 Dichiaro di non soffrire o di non aver sofferto in passato di malattie o infortuni comportanti postumi invalidanti. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Conferma che le dichiarazioni a stampa di cui ai numeri da 6 a 15 corrispondono alla sua situazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
|---|---|

Confermo di aver verificato l'esattezza delle dichiarazioni e delle risposte rilasciate.

Beneficiari CASO VITA

L'Assicurando stesso (minore).

Beneficiari CASO MORTE

Il Contraente.

OPPURE è possibile indicare di seguito, in modo puntuale, la ragione sociale o i dati anagrafici (cognome, nome e data di nascita) dei Beneficiari prescelti e la misura percentuale della prestazione che la Compagnia sarà tenuta a liquidare in favore di ciascuno di essi. In questo caso, relativamente al Beneficiario, deve essere specificato il rapporto con il Contraente e se si tratta di una Persona Politicamente Esposta (PEP).

Dati Beneficiario	Rapporto con il Contraente	PEP
_____ Cognome e nome / Denominazione sociale _____ Data di nascita % Benef.	<input type="checkbox"/> Rapporto di parentela <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
_____ Cognome e nome / Denominazione sociale _____ Data di nascita % Benef.	<input type="checkbox"/> Rapporto di parentela <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO

Salvo diversa indicazione da parte del Contraente, il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche)

Il sottoscritto, **preso atto che le informazioni sotto richieste, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. 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, **fornisce**, in conformità a quanto previsto dagli Articoli 18 e 21 del sopra richiamato decreto, sotto la propria personale responsabilità, le informazioni di seguito riportate, consapevole che le stesse sono indispensabili onde consentire alla Società Genertel/ife S.p.A. l'adempimento degli obblighi di cui alla predetta normativa e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'attivazione del rapporto oggetto del presente Modulo di proposta.

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

1. Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta (BARRARE OBBLIGATORIAMENTE UNA SOLA CASELLA):

- Protezione
 Risparmio
 Investimento

2. Titolare Effettivo* del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente (o Legale Rappresentante/delegato del Contraente) del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta, **dichiara di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo* del predetto rapporto continuativo.**

In alternativa: il sottoscritto, Contraente (o Legale Rappresentante/delegato del Contraente) del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta, dichiara che il Titolare Effettivo*, identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. del rapporto continuativo di cui al presente Modulo di proposta, è soggetto diverso dal sottoscritto, indicando le persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo* sulla base dei criteri di cui al D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e fornendone i completi dati identificativi, necessari ai sensi della predetta normativa, in apposita Sezione inserita alla fine del presente Modulo di proposta.

* La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di proposta denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è **obbligatoria** quando **il rapporto continuativo sia intestato a Ente o Società** e quando **sia presente uno o più Titolari Effettivi come di seguito definiti sulla base della vigente normativa.**

Ai sensi del D.Lgs. 231/2007 si intende per "Titolare Effettivo" **la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano il Cliente**, come di seguito individuate:

- a)** in caso di **società**: la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano la società attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore (superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto, ad esclusione di società quotate), ovvero la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione dell'entità giuridica;
- b)** in caso di **entità giuridiche**, quali le fondazioni, o di **istituti giuridici**, quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:
- se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona o le persone fisiche beneficiarie del 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica;
 - se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono già state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica. **Si precisa che, nel caso in cui il Cliente sia una Società Fiduciaria di Amministrazione, si intende per "Titolare Effettivo" il Fiduciante e non la struttura di controllo della società.**

Il 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, **conferma, sotto la propria personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi della citata normativa. Si impegna a comunicare prontamente alla Società ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

 Data e luogo

X

 Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

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 Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente/Assicurando 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.

Recesso dal contratto

Il Contraente/Assicurando 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 Società. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente/Assicurando ha avuto notizia dell'accettazione della Proposta da parte della Società. 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 Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente/Assicurando il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

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 Società 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 Polizza. 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 Società, 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/Assicurando per il relativo rimborso verso restituzione del presente documento.

GENERTELLIFE S.p.A.



Consenso al trattamento di dati personali comuni e sensibili

Consenso per finalità contrattuali

Preso visione dell'**informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, Acconsento** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

_____ _____
 Nome e Cognome Firma Contraente /Assicurando
 Contraente /Assicurando

_____ _____
 Nome e Cognome Firma di chi esercita la patria potestà
 del Beneficiario/Assicurando sul Beneficiario/Assicurando

Consenso per finalità commerciali

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Acconsento** al trattamento dei miei dati comuni effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa stessa e al trattamento da parte di questi ultimi per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della Società, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

_____ _____
 Nome e Cognome Firma Contraente /Assicurando
 Contraente /Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Acconsento** alla comunicazione ed al trattamento dei miei dati comuni da parte di **Società del Gruppo Generali** per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

_____ _____
 Nome e Cognome Firma Contraente /Assicurando
 Contraente /Assicurando

Data e luogo _____

Note

Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente/Assicurando (appendici, vincoli, caricamenti ecc.)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ne ostacola l'analisi. Qualora lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

A. Informazioni anagrafiche

- a1. Nome e cognome _____
 a2. Et  o data di nascita _____

B. Informazioni sullo stato occupazionale

Qual   attualmente il suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo indeterminato
 Autonomo/libero professionista
 Pensionato
 Occupato con contratto temporaneo, a progetto, Co.Co.Co., ecc.
 Non occupato

C. Informazioni sulle persone da tutelare

Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?

- S  No

D. Informazioni sulla attuale situazione assicurativa

Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi,ltc)
 Nessuna copertura assicurativa vita

E. Informazioni sulla situazione finanziaria

e1. Qual   la sua capacit  di risparmio annuo?

- Fino a 5.000 Euro
 Da 5.000 a 15.000 Euro
 Oltre 15.000 Euro

e2. Qual   il suo patrimonio disponibile all'investimento assicurativo?

- Euro _____

e3. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?

- In crescita Stazionaria In diminuzione

F. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto

f1. Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi, ltc)
 f2. Qual   l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?
 Breve (\leq 5 anni)
 Medio (6 - 10 anni)
 Lungo (> 10 anni)

f3. Qual   la sua propensione al rischio, e conseguentemente quali sono le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Bassa (non sono disposto ad accettare oscillazioni del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto rendimenti modesti ma sicuri nel tempo).
 Media (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
 Alta (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditivit  e nella consapevolezza che ci  comporta dei rischi di perdita del capitale).

f4. Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

- Versamenti periodici
 Versamento unico

f5. Qual   la probabilit  di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?

- Bassa
 Alta

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

Io sottoscritto Cliente dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ci  ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle Mie esigenze assicurative.

X _____

Dichiarazione di volont  di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Il sottoscritto Financial Planner dichiara di avere informato il Cliente dei principali motivi, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati:

1. Le informazioni anagrafiche riportate nel punto A del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 2. Le informazioni sullo stato occupazionale riportate nel punto B del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 3. Le informazioni sulle persone da tutelare riportate nel punto C del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 4. Le informazioni sull'attuale situazione assicurativa riportate nel punto D del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 5. Le informazioni sulla situazione finanziaria riportate nel punto E del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 6. Le informazioni sulle aspettative del contratto riportate nel punto F del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto.

X _____
 Firma del Cliente Firma del Financial Planner

Dichiarazioni del Contraente/Assicurando o del suo Legale Rappresentante /delegato

Il sottoscritto Contraente/Assicurando (o suo Legale Rappresentante/delegato):

- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, nonch  gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Societ  credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; **acconsente** inoltre che la Societ  Assicuratrice fornisca informazioni sul proprio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- **dichiara**, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Societ , sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilit  delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- **dichiara**, essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, di accettare le Condizioni di Polizza previste nel "Fascicolo informativo".
- Ai sensi delle disposizioni del d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del Regolamento ISVAP n. 5/2005 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attivit  di intermediazione assicurativa, **dichiaro** di aver ricevuto:
 - a) il modulo 7A, relativo agli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
 - b) il modulo 7B, relativo alle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della presente proposta nonch  in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche.

_____ X _____
 Data e luogo Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

• Il sottoscritto Contraente/Assicurando (o suo Legale Rappresentante/delegato) dichiara, altres , di aver ricevuto i singoli documenti (Scheda Sintetica, Nota informativa - Condizioni di assicurazione - Glossario - Modulo di proposta) contenuti nel Fascicolo informativo.

X _____
 Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Dichiarazione U.S. Person del Contraente

F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante Legale (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto

Dichiarazione U.S. Person del Contraente (da compilare solo se persona fisica):

Il sottoscritto, in qualità di Contraente, dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione U.S. Person della Società Contraente (da compilare solo se persona giuridica):

Il sottoscritto dichiara che la Società contraente è "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Il sottoscritto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione circa lo status fiscale dei soggetti di cui sopra.

FAC-SIMILE

_____ Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia del nuovo standard globale per lo scambio automatico di informazioni riferite ai conti finanziari (Common Reporting Standard), che ha lo scopo di individuare e scoraggiare l'evasione fiscale internazionale da parte dei soggetti che - direttamente o indirettamente - investono off-shore attraverso istituzioni finanziarie straniere, le imprese di assicurazione hanno l'obbligo di acquisire il codice fiscale o tax identification number di tutti i soggetti fiscalmente residenti all'estero. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante Legale (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiede ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

Il sottoscritto Contraente dichiara:

(barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

_____ Firma Contraente o suo Legale Rappresentante/delegato

Firme di sottoscrizione

_____ **X** _____ **X** _____
 Data e luogo Firma di chi esercita la patria potestà sul Beneficiario/Assicurando Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Identificazione del Contraente/Assicurando o del suo Legale Rappresentante / delegato

Carta d'identità	Patente auto	Passaporto italiano	Altro (specif. codice*)	Tipo documento (specif. descrizione*)	*Codice e descrizione documento: 04 Porto d'armi 07 Tessera ministero 20 Libretto di pensione 34 Patente nautica 39 Passaporto estero
<input type="text" value="01"/>	<input type="text" value="02"/>	<input type="text" value="03"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Numero documento	Data rilascio	Valido fino al	Autorità e località rilascio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche (emanato in attuazione delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE), il soggetto di cui trattasi (Contraente oppure suo Legale Rappresentante/delegato) e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Dichiaro, inoltre, che tutte le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza.

_____ _____ _____
 Codice Financial Planner Nome e Cognome Financial Planner Firma del Financial Planner (valida anche per quietanza)

FAC-SIMILE

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

1 - Finalità del Trattamento

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la Società, con la presente proposta di assicurazione, intende acquisire dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, che La riguardano, anche relativi alla sua posizione patrimoniale e finanziaria, al fine di fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽²⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i seguenti servizi:

- Valutazione sull'adeguatezza e l'appropriatezza dei prodotti finanziario/ assicurativi offerti
- Predisposizione e stipulazione del contratto di assicurazione;
- Gestione dello stesso (raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, gestione e controllo interno, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali e attività statistiche).

Inoltre - con il Suo consenso - la Società intende trattare i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i propri nuovi servizi e quelli di altre Società del Gruppo Generali.

2 - Modalità del Trattamento

I Suoi dati sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero (quali ad esempio agenti, subagenti, produttori di agenzia, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, riassicuratori, legali, periti, strutture sanitarie, Società del gruppo, Società di servizi).

Per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa che agiscono come Responsabili del nostro trattamento o distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità

sopra indicate.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate⁽³⁾.

3 - Diffusione dei Dati

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 - Rifiuto Conferimento Dati

Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (ad esempio la disciplina contro il riciclaggio) non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

5 - Diritti dell'Interessato

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo⁽⁴⁾.

6 - Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è l'**Unità organizzativa Quality** (*Unità organizzativa Quality - Genertellife S.p.A. - Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto TV, fax 041.3362356 e-mail privacy@genertellife.it*).

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta a detto Servizio. Il sito **www.bgvita.it** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

⁽¹⁾ L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

⁽²⁾ Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario; banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.

⁽³⁾ I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali tra cui IVASS, Banca d'Italia-UIF, Ministero delle Attività Produttive, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

⁽⁴⁾ Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003.

Dichiarazione resa dal Cliente, 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 Legale Rappresentante/delegato del Contraente del presente Modulo di proposta - 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 Cliente 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 dagli Articoli 18 e 21 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 al sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Società l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

1° Titolare Effettivo

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NAZIONE DI NASCITA		CITTADINANZA (campo obbligatorio)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO)		NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
LOCALITÀ DI EMISSIONE		DATA DI RILASCIO	DATA DI SCADENZA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO		COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall'Italia;

il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

2° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA <input type="text"/>	CITTADINANZA (campo obbligatorio) <input type="text"/>		
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO) <input type="text"/>	NUMERO DOCUMENTO <input type="text"/>	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA) <input type="text"/>	
LOCALITÀ DI EMISSIONE <input type="text"/>	DATA DI RILASCIO <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;
- il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

3° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA <input type="text"/>	CITTADINANZA (campo obbligatorio) <input type="text"/>		
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO) <input type="text"/>	NUMERO DOCUMENTO <input type="text"/>	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA) <input type="text"/>	
LOCALITÀ DI EMISSIONE <input type="text"/>	DATA DI RILASCIO <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;
- il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

4° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
		CODICE FISCALE <input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA <input type="text"/>	CITTADINANZA (campo obbligatorio) <input type="text"/>	
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO) <input type="text"/>	NUMERO DOCUMENTO <input type="text"/>	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA) <input type="text"/>
LOCALITÀ DI EMISSIONE <input type="text"/>	DATA DI RILASCIO <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA <input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
		PROV <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;
- il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

© LMD srl - grafica

Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Società:

Fornisco di seguito le seguenti, ulteriori, informazioni:

Indico di seguito la documentazione fornita alla Società (vedi allegata documentazione):

al fine di consentire alla Società 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 degli Articoli 18 e 21 del richiamato decreto. Mi impegno a comunicare prontamente alla Società ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.

Data e luogo

Firma del Legale Rappresentante/delegato

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

Codice Financial Planner

Nome e Cognome Financial Planner

Firma Financial Planner

Documento aggiornato a marzo 2017

DOPO LA COMPILAZIONE LA PROPOSTA DEVE ESSERE FOTOCOPIATA IN N. 3 ESEMPLARI

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 5939611



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. – iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 – Codice fiscale e Registro imprese Treviso 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

Linea Investimento Garantito

18
ANNI
FAC-SIMILE

Ed. 11/12



PROPOSTA N. CVM

Cod. Convenzione Agenzia **BANCA GENERALI** Codice **9|0|9**

Filiale

CODICE CAB DELLA FILIALE ACQUISITRICE (DA COMPILARSI A CURA DEL BACK OFFICE DELLA BANCA) CDG

Contraente/Assicurando (adulto)

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE (ANCHE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA) COMUNE DI NASCITA PROV
 CITTADINANZA* INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV
 INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) LOCALITÀ CAP PROV

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

Beneficiario/Assicurando (minore)

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV
 INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV

L'Assicurando appartiene allo stesso nucleo familiare del Contraente: SI NO

Dati dell'eventuale Legale Rappresentante / delegato del Contraente

COGNOME NOME SESSO M F
 DATA DI NASCITA CODICE FISCALE COMUNE DI NASCITA PROV
 CITTADINANZA* INDIRIZZO DI RESIDENZA LOCALITÀ CAP PROV

* Indicare obbligatoriamente la nazione di cittadinanza, in via prioritaria quella estera se esistente.

Caratteristiche contrattuali

Nome tariffa V26C/0 (tariffa base)
 V26C/0 R (tariffa base con rendita di sopravvivenza)
 V26CI/0 (tariffa base con invalidità)
 V26CI/0 R (tariffa base con invalidità e rendita di sopravvivenza)

Premio annuo €

Rata di perfezionamento Spese di emissione Totale da versare⁽¹⁾
 € + € 7,50 = €

⁽¹⁾ La prima annualità va versata per intero alla sottoscrizione, comprensiva di tutti i sovrappremi, delle spese di emissione e dei diritti di incasso relativi ad un anno.

Durata contratto: cifre lettere Frazionamento del premio: Annuale 1 | Semestrale⁽¹⁾ 2 | Mensile⁽¹⁾ 12 | (solo con SDD) ⁽¹⁾Dopo il primo anno.

Versamento dei premi successivi

- MAV
- SDD (compilare l'autorizzazione SDD, unica modalità di pagamento prevista in caso di frazionamento mensile).
- Bonifico da disinvestimento programmato dal Fondo _____
a favore di Genertellife S.p.A. sul seguente codice IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795 presso Banca Generali di Mogliano Veneto. Allegare copia della richiesta di disinvestimento.

Dichiarazioni del Contraente/Assicurando

- 1** Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare da meno di due anni. **SI** **NO**
 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

FAC-SIMILE

© LMD srl - grafica

Professione del Contraente/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 Società si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività professionale comunicata.

(La Società stabilirà le condizioni di accettazione)

Attività sportive del Contraente/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 Società si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività sportiva comunicata

(La Società stabilirà le condizioni di accettazione)

Beneficiari CASO VITA

L'Assicurando stesso (minore).

Beneficiari CASO MORTE

Il Contraente.

OPPURE è possibile indicare di seguito, in modo puntuale, la ragione sociale o i dati anagrafici (cognome, nome e data di nascita) dei Beneficiari prescelti e la misura percentuale della prestazione che la Compagnia sarà tenuta a liquidare in favore di ciascuno di essi. In questo caso, relativamente al Beneficiario, deve essere specificato il rapporto con il Contraente e se si tratta di una Persona Politicamente Esposta (PEP).

Dati Beneficiario	Rapporto con il Contraente	PEP
_____ Cognome e nome / Denominazione sociale _____ Data di nascita % Benef.	<input type="checkbox"/> Rapporto di parentela <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
_____ Cognome e nome / Denominazione sociale _____ Data di nascita % Benef.	<input type="checkbox"/> Rapporto di parentela <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO

Salvo diversa indicazione da parte del Contraente, il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.

Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche)

Il sottoscritto, **preso atto che le informazioni sotto richieste, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. 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, **fornisce**, in conformità a quanto previsto dagli Articoli 18 e 21 del sopra richiamato decreto, sotto la propria personale responsabilità, le informazioni di seguito riportate, consapevole che le stesse sono indispensabili onde consentire alla Società Genertel/ife S.p.A. l'adempimento degli obblighi di cui alla predetta normativa e che il mancato rilascio delle medesime informazioni determina l'impossibilità di procedere all'attivazione del rapporto oggetto del presente Modulo di proposta.

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

1. Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta (BARRARE OBBLIGATORIAMENTE UNA SOLA CASELLA):

- Protezione
 Risparmio
 Investimento

2. Titolare Effettivo* del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente (o Legale Rappresentante/delegato del Contraente) del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta, **dichiara di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo* del predetto rapporto continuativo.**

In alternativa: il sottoscritto, Contraente (o Legale Rappresentante/delegato del Contraente) del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di proposta, dichiara che il Titolare Effettivo*, identificato ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. del rapporto continuativo di cui al presente Modulo di proposta, è soggetto diverso dal sottoscritto, indicando le persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo* sulla base dei criteri di cui al D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e fornendone i completi dati identificativi, necessari ai sensi della predetta normativa, in apposita Sezione inserita alla fine del presente Modulo di proposta.

* La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di proposta denominata "Dichiarazione resa, ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è **obbligatoria** quando **il rapporto continuativo sia intestato a Ente o Società** e quando **sia presente uno o più Titolari Effettivi come di seguito definiti sulla base della vigente normativa.**

Ai sensi del D.Lgs. 231/2007 si intende per "Titolare Effettivo" **la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano il Cliente**, come di seguito individuate:

- a)** in caso di **società**: la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano la società attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore (superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto, ad esclusione di società quotate), ovvero la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione dell'entità giuridica;
- b)** in caso di **entità giuridiche**, quali le fondazioni, o di **istituti giuridici**, quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:
- se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona o le persone fisiche beneficiarie del 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica;
 - se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono già state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25% o più del patrimonio dell'entità giuridica. **Si precisa che, nel caso in cui il Cliente sia una Società Fiduciaria di Amministrazione, si intende per "Titolare Effettivo" il Fiduciante e non la struttura di controllo della società.**

Il 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, **conferma, sotto la propria personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi della citata normativa. Si impegna a comunicare prontamente alla Società ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.**

_____ Data e luogo

X

_____ Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

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 Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente/Assicurando 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.

Recesso dal contratto

Il Contraente/Assicurando 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 Società. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente/Assicurando ha avuto notizia dell'accettazione della Proposta da parte della Società. Alla comunicazione del recesso deve essere allegato il documento di Polizza e le eventuali Appendici. 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 Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente/Assicurando il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

Consenso al trattamento di dati personali comuni e sensibili

Consenso per finalità contrattuali

Preso visione dell'**informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, Accanto** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

_____ <input checked="" type="checkbox"/>	_____ <input checked="" type="checkbox"/>
Nome e Cognome Contraente /Assicurando	Nome e Cognome del Beneficiario/Assicurando
Firma Contraente /Assicurando	Firma di chi esercita la patria potestà sul Beneficiario/Assicurando

Consenso per finalità commerciali

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Accanto** al trattamento dei miei dati comuni effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa stessa e al trattamento da parte di questi ultimi per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della Società, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome
Contraente /Assicurando

Firma Contraente /Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata informativa, **Accanto** alla comunicazione ed al trattamento dei miei dati comuni da parte di **Società del Gruppo Generali** per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome
Contraente /Assicurando

Firma Contraente /Assicurando

Data e luogo _____

Note

Spazio riservato per eventuali indicazioni o richieste del Contraente/Assicurando (appendici, vincoli, caricamenti ecc.)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ne ostacola l'analisi. Qualora lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

A. Informazioni anagrafiche

- a1. Nome e cognome _____
 a2. Et  o data di nascita _____

B. Informazioni sullo stato occupazionale

Qual   attualmente il suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo indeterminato
 Autonomo/libero professionista
 Pensionato
 Occupato con contratto temporaneo, a progetto, Co.Co.Co., ecc.
 Non occupato

C. Informazioni sulle persone da tutelare

Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)?

- S  No

D. Informazioni sulla attuale situazione assicurativa

Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi,ltc)
 Nessuna copertura assicurativa vita

E. Informazioni sulla situazione finanziaria

e1. Qual   la sua capacit  di risparmio annuo?

- Fino a 5.000 Euro
 Da 5.000 a 15.000 Euro
 Oltre 15.000 Euro

e2. Qual   il suo patrimonio disponibile all'investimento assicurativo?

- Euro _____

e3. Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?

- In crescita Stazionaria In diminuzione

F. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto

f1. Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?

- Risparmio/investimento
 Previdenza/pensione complementare
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidit , malattie gravi, ltc)
 f2. Qual   l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?

- Breve (\leq 5 anni)
 Medio (6 - 10 anni)
 Lungo (> 10 anni)

f3. Qual   la sua propensione al rischio, e conseguentemente quali sono le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Bassa (non sono disposto ad accettare oscillazioni del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto rendimenti modesti ma sicuri nel tempo).
 Media (sono disposto ad accettare oscillazioni contenute del valore del mio investimento nel tempo e di conseguenza accetto probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
 Alta (sono disposto ad accettare possibili forti oscillazioni del valore del mio investimento nell'ottica di massimizzarne la redditivit  e nella consapevolezza che ci  comporta dei rischi di perdita del capitale).

f4. Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

- Versamenti periodici
 Versamento unico

f5. Qual   la probabilit  di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?

- Bassa
 Alta

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

Io sottoscritto Cliente dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ci  ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle Mie esigenze assicurative.

X

_____ Firma del Cliente

Dichiarazione di volont  di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Il sottoscritto Financial Planner dichiara di avere informato il Cliente dei principali motivi, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati:

1. Le informazioni anagrafiche riportate nel punto A del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 2. Le informazioni sullo stato occupazionale riportate nel punto B del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 3. Le informazioni sulle persone da tutelare riportate nel punto C del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 4. Le informazioni sull'attuale situazione assicurativa riportate nel punto D del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 5. Le informazioni sulla situazione finanziaria riportate nel punto E del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto;
 6. Le informazioni sulle aspettative del contratto riportate nel punto F del Questionario non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto.

X

_____ Firma del Cliente

_____ Firma del Financial Planner

Dichiarazioni del Contraente/Assicurando o del suo Legale Rappresentante /delegato

Il sottoscritto Contraente/Assicurando (o suo Legale Rappresentante/delegato):

- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, nonch  gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Societ  credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; **acconsente** inoltre che la Societ  Assicuratrice fornisca informazioni sul proprio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- **dichiara**, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Societ , sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilit  delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- **dichiara**, essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, di accettare le Condizioni di Polizza previste nel "Fascicolo informativo".
- Ai sensi delle disposizioni del d.lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del Regolamento ISVAP n. 5/2005 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attivit  di intermediazione assicurativa, **dichiaro** di aver ricevuto:
 - a) il modulo 7A, relativo agli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
 - b) il modulo 7B, relativo alle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della presente proposta nonch  in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche.

X

_____ Data e luogo

_____ Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

• Il sottoscritto Contraente/Assicurando (o suo Legale Rappresentante/delegato) dichiara, altres , di aver ricevuto i singoli documenti (Scheda Sintetica, Nota informativa - Condizioni di assicurazione - Glossario - Modulo di proposta) contenuti nel Fascicolo informativo.

X

_____ Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Dichiarazione U.S. Person del Contraente

F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante Legale (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto

Dichiarazione U.S. Person del Contraente (da compilare solo se persona fisica):

Il sottoscritto, in qualità di Contraente, dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione U.S. Person della Società Contraente (da compilare solo se persona giuridica):

Il sottoscritto dichiara che la Società contraente è "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Il sottoscritto si impegna a notificare tempestivamente alla Società ogni eventuale variazione circa lo status fiscale dei soggetti di cui sopra.

FAC-SIMILE

_____ Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia del nuovo standard globale per lo scambio automatico di informazioni riferite ai conti finanziari (Common Reporting Standard), che ha lo scopo di individuare e scoraggiare l'evasione fiscale internazionale da parte dei soggetti che - direttamente o indirettamente - investono off-shore attraverso istituzioni finanziarie straniere, le imprese di assicurazione hanno l'obbligo di acquisire il codice fiscale o tax identification number di tutti i soggetti fiscalmente residenti all'estero. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dal Rappresentante Legale (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiede ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

Il sottoscritto Contraente dichiara:

(barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

_____ Firma Contraente o suo Legale Rappresentante/delegato

Firme di sottoscrizione

_____ **X** _____ **X** _____
 Data e luogo Firma di chi esercita la patria potestà sul Beneficiario/Assicurando Firma Contraente/Assicurando o suo Legale Rappresentante/delegato

Identificazione del Contraente/Assicurando o del suo Legale Rappresentante / delegato

Carta d'identità	Patente auto	Passaporto italiano	Altro (specif. codice*)	Tipo documento (specif. descrizione*)	*Codice e descrizione documento: 04 Porto d'armi 07 Tessera ministero 20 Libretto di pensione 34 Patente nautica 39 Passaporto estero
<input type="text" value="01"/>	<input type="text" value="02"/>	<input type="text" value="03"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Numero documento	Data rilascio	Valido fino al	Autorità e località rilascio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, di avere identificato, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche (emanato in attuazione delle Direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE), il soggetto di cui trattasi (Contraente oppure suo Legale Rappresentante/delegato) e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

Dichiaro, inoltre, che tutte le firme sopra indicate sono state apposte in mia presenza.

_____ _____ _____
 Codice Financial Planner Nome e Cognome Financial Planner Firma del Financial Planner (valida anche per quietanza)

FAC-SIMILE

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

1 - Finalità del Trattamento

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la Società, con la presente proposta di assicurazione, intende acquisire dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, che La riguardano, anche relativi alla sua posizione patrimoniale e finanziaria, al fine di fornire i servizi da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽²⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i seguenti servizi:

- Valutazione sull'adeguatezza e l'appropriatezza dei prodotti finanziario/ assicurativi offerti
- Predisposizione e stipulazione del contratto di assicurazione;
- Gestione dello stesso (raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, gestione e controllo interno, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali e attività statistiche).

Inoltre - con il Suo consenso - la Società intende trattare i Suoi dati per finalità di promozione commerciale e di analisi del mercato volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i propri nuovi servizi e quelli di altre Società del Gruppo Generali.

2 - Modalità del Trattamento

I Suoi dati sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero (quali ad esempio agenti, subagenti, produttori di agenzia, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, riassicuratori, legali, periti, strutture sanitarie, Società del gruppo, Società di servizi).

Per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa che agiscono come Responsabili del nostro trattamento o distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità

sopra indicate.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate⁽³⁾.

3 - Diffusione dei Dati

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 - Rifiuto Conferimento Dati

Senza i Suoi dati alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (ad esempio la disciplina contro il riciclaggio) non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

5 - Diritti dell'Interessato

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo⁽⁴⁾.

6 - Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è l'**Unità organizzativa Quality** (*Unità organizzativa Quality - Genertellife S.p.A. - Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto TV, fax 041.3362356 e-mail privacy@genertellife.it*).

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta a detto Servizio. Il sito **www.bgvita.it** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

⁽¹⁾ L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

⁽²⁾ Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario; banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.

⁽³⁾ I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, società del Gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali tra cui IVASS, Banca d'Italia-UIF, Ministero delle Attività Produttive, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

⁽⁴⁾ Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003.

Dichiarazione resa dal Cliente, 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 Legale Rappresentante/delegato del Contraente del presente Modulo di proposta - 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 Cliente 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 dagli Articoli 18 e 21 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 al sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Società l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

1° Titolare Effettivo

COGNOME	NOME		SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA	CITTADINANZA (campo obbligatorio)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO)	NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LOCALITÀ DI EMISSIONE	DATA DI RILASCIO	DATA DI SCADENZA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposto "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall'Italia;

il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

- Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
- Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
- Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
- Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

2° Titolare Effettivo

COGNOME		NOME		SESSO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA	PROV	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NAZIONE DI NASCITA		CITTADINANZA (campo obbligatorio)			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO)		NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
LOCALITÀ DI EMISSIONE		DATA DI RILASCIO	DATA DI SCADENZA		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO		COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;
- il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

3° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA <input type="text"/>	CITTADINANZA (campo obbligatorio) <input type="text"/>		
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO) <input type="text"/>	NUMERO DOCUMENTO <input type="text"/>	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA) <input type="text"/>	
LOCALITÀ DI EMISSIONE <input type="text"/>	DATA DI RILASCIO <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;

il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

4° Titolare Effettivo

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>	CODICE FISCALE <input type="text"/>
NAZIONE DI NASCITA <input type="text"/>	CITTADINANZA (campo obbligatorio) <input type="text"/>		
TIPO DOCUMENTO DI IDENTITÀ (ES. CARTA IDENTITÀ, PASSAPORTO) <input type="text"/>	NUMERO DOCUMENTO <input type="text"/>	RILASCIATO DA (ES. COMUNE, QUESTURA) <input type="text"/>	
LOCALITÀ DI EMISSIONE <input type="text"/>	DATA DI RILASCIO <input type="text"/>	DATA DI SCADENZA <input type="text"/>	
INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, VIALE, CORSO, PIAZZA, ALTRO) E N. CIVICO <input type="text"/>	COMUNE DI RESIDENZA <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta): SI NO

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d’America o “US Person” come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito “Form W-9”.

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard)

Il sottoscritto dichiara che: (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

- il titolare effettivo NON ha residenze fiscali fuori dall’Italia;
- il titolare effettivo ha residenze fiscali fuori dall’Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

© LMD srl - grafica

Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Società:

Fornisco di seguito le seguenti, ulteriori, informazioni:

Indico di seguito la documentazione fornita alla Società (vedi allegata documentazione):

al fine di consentire alla Società 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 degli Articoli 18 e 21 del richiamato decreto. Mi impegno a comunicare prontamente alla Società ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.

Data e luogo

Firma del Legale Rappresentante/delegato

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

Codice Financial Planner

Nome e Cognome Financial Planner

Firma Financial Planner

Documento aggiornato a marzo 2017

DOPO LA COMPILAZIONE LA PROPOSTA DEVE ESSERE FOTOCOPIATA IN N. 3 ESEMPLARI

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 5939611



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. – iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 – Codice fiscale e Registro imprese Treviso 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