

Agenzia: Banca Generali

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

BG INSIEME PROGETTI DI VITA

MODULO DI PROPOSTA

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



- Set Informativo



- **Modulo di proposta BG INSIEME PROGETTI DI VITA**

Allegati

- **"Universo Investibile" BG INSIEME PROGETTI DI VITA**



- **Titolare effettivo dei rapporti continuativi del contraente persona giuridica** A cura dell'eventuale esecutore
(da allegare nel caso in cui il contraente sia una persona giuridica)

- **Titolare effettivo dei beneficiari persona giuridica del Primo assicurato e del Secondo assicurato**
A cura del contraente o dell'eventuale esecutore (da allegare nel caso in cui il beneficiario sia una persona giuridica)

- **Professione**

Dopo la compilazione la proposta deve essere fotocopiata in 3 esemplari

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

OPZIONI



APPROFONDIMENTI



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



1 > I TUOI DATI



	CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Nome*		
Cognome*		
Denominazione Sociale**		
Codice fiscale		
Documento d'identità* (tipologia)		
Numero Documento*		
Rilasciato da*		
Luogo rilascio*		
Data rilascio*		
Data scadenza*		
Documenti comprovanti i poteri dell'esecutore		<input type="checkbox"/> Procura/Delega <input type="checkbox"/> Delibera assemblea/C.d.A. <input type="checkbox"/> Provvedimento giudice tutelare <input type="checkbox"/> Statuto <input type="checkbox"/> Visura camerale
Data di nascita/costituzione		
Comune di nascita/costituzione		
Provincia		
Stato (se diverso da Italia)		
Prima Cittadinanza		
Seconda Cittadinanza (se presente)		
Indirizzo di residenza***/ Sede legale		
Località		
Provincia		
CAP		
Stato (se diverso da Italia)		
Indirizzo di corrispondenza		
Località		
Provincia		
CAP		
Stato (se diverso da Italia)		
Somme utilizzate dal contraente in giacenza nel proprio c/c da più di 30 giorni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?*	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No	
Precedente professione* (se attualmente pensionato)	_ _ _	_ _ _

A cosa servono i tuoi dati?

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

Chi è il contraente?

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

Chi è l'esecutore?

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

A cosa serve l'indirizzo di corrispondenza?

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

Inserisci il tuo Codice Professione scegliendo tra quelle che trovi riportati in allegato, solo se sei attualmente pensionato.

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

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

N° proposta: _____

CDG del Primo assicurando: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



	CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Rapporto tra esecutore e contraente (da indicare solo se il contraente è una persona fisica)		<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

2 > IL PRIMO ASSICURANDO E I SUOI BENEFICIARI

	PRIMO ASSICURANDO (compilare solo se diverso dal contraente)
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Documento d'identità (tipologia)	
Numero Documento	
Autorità rilascio	
Luogo rilascio	
Data rilascio	
Data scadenza	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia di nascita	
Stato di nascita (se diverso da Italia)	
Prima Cittadinanza	
Seconda Cittadinanza (se presente)	
Indirizzo di residenza*	
Comune	
Provincia	
CAP	
Stato (se diverso da Italia)	
Rapporto tra Primo assicurato e contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Motivazioni dell'individuazione di un Primo assicurato diverso dal contraente (da compilare obbligatoriamente)	_____ _____ _____

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

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

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 1 p.f.: _____ CDG del beneficiario 2 p.f.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA FISICA

Nel caso in cui il beneficiario coincida con il contraente, seleziona "SI" in corrispondenza del campo "Beneficiario coincide con il contraente" e compila solamente il campo "% Beneficiario".

Qualora il Contraente sia una persona giuridica è necessario allegare al modulo di proposta la documentazione, indicata nella guida alla compilazione, nella quale si attesta la designazione dei beneficiari persona fisica.



BENEFICIARI CASO MORTE PRIMO ASSICURATO

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Beneficiario coincide con il contraente (se diverso dal Primo assicurato)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
Nome e Cognome*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Data di nascita*		
Comune di nascita*		
Provincia di nascita*		
Stato di nascita (se diverso da Italia)		
Codice fiscale*		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Persona Politicamente Esposta* (La definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario del Primo assicurato?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata in caso di morte del Primo assicurato in qualsiasi epoca avvenga.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Primo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

A cosa serve il recapito?

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare copia del documento d'identità del beneficiario.

* Da compilare obbligatoriamente.

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 3 p.f.: _____ CDG del beneficiario 4 p.f.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



BENEFICIARI CASO MORTE PRIMO ASSICURATO

	BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
Nome e Cognome*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Data di nascita*		
Comune di nascita*		
Provincia di nascita*		
Stato di nascita (se diverso da Italia)		
Codice fiscale*		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Persona Politicamente Esposta* (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario del Primo assicurato?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata in caso di morte del Primo assicurato in qualsiasi epoca avvenga.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Primo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

A cosa serve il recapito?

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare copia del documento d'identità del beneficiario.

* Da compilare obbligatoriamente.

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 5 p.f.: _____ CDG del beneficiario 6 p.f.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



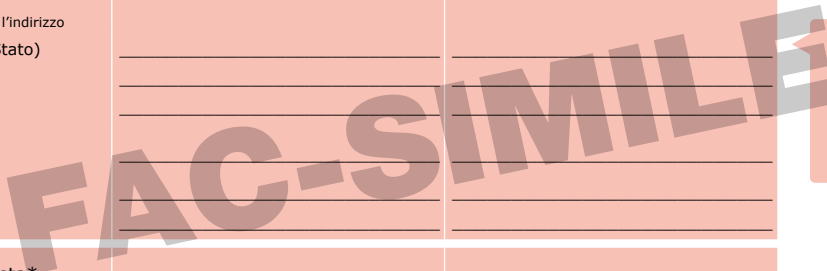
	BENEFICIARIO 5	BENEFICIARIO 6
Nome e Cognome*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Data di nascita*		
Comune di nascita*		
Provincia di nascita*		
Stato di nascita (se diverso da Italia)		
Codice fiscale*		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato) Telefono/Cellulare E-mail		
Persona Politicamente Esposta* (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario del Primo assicurato?
 È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata in caso di morte del Primo assicurato in qualsiasi epoca avvenga.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Primo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare copia del documento d'identità del beneficiario.



* Da compilare obbligatoriamente.

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 1 p.g.: _____ CDG del beneficiario 2 p.g.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Nel caso in cui il beneficiario coincida con il contraente, seleziona "SI" in corrispondenza del campo "Beneficiario coincide con il contraente" e compila solamente il campo "% Beneficiario".

Qualora il Contraente sia una persona giuridica e si indichi come beneficiario caso morte una persona giuridica diversa dal Contraente, è necessario allegare al modulo di proposta la documentazione, indicata nella guida alla compilazione, nella quale si attesta la designazione di quest'ultima.

Se hai indicato un beneficiario persona giuridica, ti ricordiamo di compilare l'allegato "Titolare effettivo del beneficiario (caso morte Primo assicurato) persona giuridica".



BENEFICIARI CASO MORTE PRIMO ASSICURATO

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Beneficiario coincide con il contraente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
Denominazione sociale*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Codice fiscale*		
Partita IVA		
N° iscrizione registro delle imprese o delle persone giuridiche (obbligatorio se in possesso)		
Ente registrazione (obbligatorio se in possesso di N° iscrizione)		
Data di costituzione		
Provincia di costituzione		
Comune di costituzione (qualora il beneficiario sia stato costituito all'estero indicare la Nazione di costituzione)		
Indirizzo Sede Legale*		
Comune Sede Legale*		
Provincia Sede Legale*		
Stato Sede Legale* (se diverso da Italia)		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)	_____	_____
	_____	_____
Telefono/Cellulare	_____	_____
E-mail	_____	_____
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario del Primo assicurato?

È la persona giuridica avente diritto alla prestazione assicurata in caso di morte del Primo assicurato in qualsiasi epoca avvenga.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Primo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

A cosa serve il recapito?

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare la visura camerale del beneficiario persona giuridica (o altro documento equivalente). Se il beneficiario è un trust, deve essere acquisita l'ultima versione dell'atto istitutivo oppure se è una fiduciaria il mandato fiduciario.

* Da compilare obbligatoriamente.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso del Primo assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.

La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.



REFERENTE TERZO DEL PRIMO ASSICURATO

Referente terzo, diverso dal beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso del Primo assicurato.

Chi è il referente terzo?

È la persona fisica o giuridica che il contraente può indicare nel caso in cui manifesti specifiche esigenze di riservatezza. In caso di designazione del Referente Terzo si devono compilare obbligatoriamente i campi "Nome e Cognome / Denominazione sociale" e "Indirizzo".

Nome e Cognome / Denominaz. Sociale	
Recapito	
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)	
Telefono/Cellulare	
E-mail	

FAC-SIMILE

N° proposta: _____

CDG del Secondo assicurando: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



3 > RISPARMIO FINALIZZATO

Puoi scegliere di proteggere una persona a te cara (Secondo assicurando) collegando il tuo piano di versamenti ad uno o più progetti della sua vita.



SECONDO ASSICURANDO

SECONDO ASSICURANDO (compilare solo se scelto Risparmio finalizzato)	
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Documento d'identità (tipologia)	
Numero Documento	
Autorità rilascio	
Luogo rilascio	
Data rilascio	
Data scadenza	
Documento del Secondo assicurando (da compilare soltanto se non è disponibile il documento d'identità del Secondo assicurando minorenni)	<input type="checkbox"/> Autocertificazione di nascita <input type="checkbox"/> Provvedimento del giudice tutelare <input type="checkbox"/> Foto autenticata
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia di nascita	
Stato di nascita (se diverso da Italia)	
Prima Cittadinanza	
Seconda Cittadinanza (se presente)	
Indirizzo di residenza*	
Comune	
Provincia	
CAP	
Stato (se diverso da Italia)	
Rapporto tra Secondo assicurato e contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Motivazioni dell'individuazione di un Secondo assicurato diverso dal contraente (da compilare obbligatoriamente)	_____
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

Chi è il Secondo assicurando?

È la persona fisica sulla cui vita è collegato almeno uno dei seguenti progetti per "Risparmio finalizzato":

- Diploma
- Laurea
- Acquisto prima casa
- Matrimonio
- Nascita primo figlio
- Raggiungimento di un'età massima prestabilita

Documento d'identità in caso di Secondo assicurando minorenne

Soltanto se non è disponibile un documento d'identità del Secondo assicurando minorenne, non compilare i relativi campi ed allegare obbligatoriamente uno dei seguenti documenti ponendo un flag nel campo dedicato:

- Autocertificazione di nascita che deve contenere l'autorizzazione a Genertelife a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- Provvedimento del giudice tutelare;
- Foto autenticata (in tal caso devono essere registrati gli estremi dell'atto di nascita).

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

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 1 p.f.: _____ CDG del beneficiario 2 p.f.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA FISICA

Nel caso in cui il beneficiario coincida con il contraente, seleziona "SI" in corrispondenza del campo "Beneficiario coincide con il contraente" e compila solamente il campo "% Beneficiario".

Qualora il Contraente sia una persona giuridica è necessario allegare al modulo di proposta la documentazione, indicata nella guida alla compilazione, nella quale si attesta la designazione dei beneficiari persona fisica.



BENEFICIARI CASO MORTE SECONDO ASSICURATO

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Beneficiario coincide con il contraente (se diverso dal Primo assicurato)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
Nome e Cognome*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Data di nascita*		
Comune di nascita*		
Provincia di nascita*		
Stato di nascita (se diverso da Italia)		
Codice fiscale*		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Persona Politicamente Esposta* (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario del Secondo assicurato?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione per "Risparmio finalizzato" in caso di morte del Secondo assicurato successiva alla morte del Primo assicurato. Devi indicare i beneficiari del Secondo assicurato se hai scelto "Risparmio finalizzato".

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Secondo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

A cosa serve il recapito?

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare copia del documento d'identità del beneficiario.

* Da compilare obbligatoriamente.

N° proposta: _____

CDG del beneficiario 1 p.g.: _____ CDG del beneficiario 2 p.g.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Nel caso in cui il beneficiario coincida con il contraente, seleziona "SI" in corrispondenza del campo "Beneficiario coincide con il contraente" e compila solamente il campo "% Beneficiario".

Qualora il Contraente sia una persona giuridica e si indichi come beneficiario caso morte una persona giuridica diversa dal Contraente, è necessario allegare al modulo di proposta la documentazione, indicata nella guida alla compilazione, nella quale si attesta la designazione di quest'ultima.

Se hai indicato un beneficiario persona giuridica, ti ricordiamo di compilare l'allegato "Titolare effettivo del beneficiario (caso morte Secondo assicurato) persona giuridica".

Chi è il beneficiario del Secondo assicurato?

È la persona giuridica avente diritto alla prestazione per "Risparmio finalizzato" in caso di morte del Secondo assicurato successiva alla morte del Primo assicurato. Devi indicare i beneficiari del Secondo assicurato se hai scelto "Risparmio finalizzato".

BENEFICIARI CASO MORTE SECONDO ASSICURATO

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Beneficiario coincide con il contraente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	
Denominazione sociale*		
% Beneficiario* (no decimali)		
Codice fiscale*		
Partita IVA		
N° iscrizione registro delle imprese o delle persone giuridiche (obbligatorio se in possesso)		
Ente registrazione (obbligatorio se in possesso di N° iscrizione)		
Data di costituzione		
Provincia di costituzione		
Comune di costituzione (qualora il beneficiario sia stato costituito all'estero indicare la Nazione di costituzione)		
Indirizzo Sede Legale*		
Comune Sede Legale*		
Provincia Sede Legale*		
Stato Sede Legale* (se diverso da Italia)		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari del Secondo assicurato individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.

A cosa serve il recapito?

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate. Qualora venga flaggato "Altro" è necessario allegare la visura camerale del beneficiario persona giuridica (o altro documento equivalente). Se il beneficiario è un trust, deve essere acquisita l'ultima versione dell'atto istitutivo oppure se è una fiduciaria il mandato fiduciario.

* Da compilare obbligatoriamente.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso del Secondo assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.

La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.



REFERENTE TERZO DEL SECONDO ASSICURATO

Referente terzo, diverso dal beneficiario, da indicare nel caso in cui il contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso del Secondo assicurato.

Chi è il referente terzo?

È la persona fisica o giuridica che il contraente può indicare nel caso in cui manifesti specifiche esigenze di riservatezza. In caso di designazione del Referente Terzo si devono compilare obbligatoriamente i campi "Nome e Cognome / Denominazione sociale" e "Indirizzo".

Nome e Cognome / Denominaz. Sociale	
Recapito	
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)	
Telefono/Cellulare	
E-mail	



PAGAMENTI PER RISPARMIO FINALIZZATO

Seleziona i progetti di vita al verificarsi dei quali la Compagnia pagherà quanto previsto contrattualmente in base alle % da te indicate (NO DECIMALI). Devi sempre compilare il campo obbligatorio "Età massima Secondo assicurato".

Indica i progetti di vita e le relative percentuali (no decimali).

- DIPLOMA %
- LAUREA %
- ACQUISTO PRIMA CASA %
- MATRIMONIO %
- NASCITA PRIMO FIGLIO %
- RAGGIUNGIMENTO DI UN'ETÀ MASSIMA PRESTABILITA %

Puoi scegliere uno o più progetti di vita. Per ogni progetto di vita selezionato devi indicare la relativa percentuale (NO DECIMALI) in base alla quale la Compagnia pagherà quanto previsto contrattualmente.

Indica l'età massima.

ETÀ MASSIMA SECONDO ASSICURATO (campo obbligatorio) anni

Indica a quale età (ad esempio "35" anni) del Secondo assicurato la Compagnia pagherà l'eventuale capitale residuo.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



4 > LE TUE COPERTURE (Primo assicurato)

È possibile scegliere l'attivazione di una o di entrambe le coperture complementari "TCM" e "Critical Illness". Puoi scegliere di attivare entrambe le coperture complementari, non essendo le stesse esclusive fra di loro.

L'importo da versare per le tue coperture deve essere indicato nella Sezione 5.

Puoi scegliere di proteggere totalmente o parzialmente il tuo piano di versamenti in caso di morte e/o di malattia grave del Primo assicurato.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE "TCM"

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE "TCM"

Durata dell'assicurazione: cifre lettere (minimo 5 anni)

Premio protetto € (importo minimo € 3.000,00)

FAC-SIMILE

La durata minima è pari a 5 anni, la durata massima è pari a 25 anni ma non deve superare in ogni caso la durata del tuo piano di versamenti riportata nella Sezione 5.

Esempio
Se il tuo piano di versamenti è di 15 anni, la durata della tua copertura "TCM" può andare da un min di 5 anni ad un max di 15 anni. Se invece il tuo piano di versamenti è di 30 anni, la durata della tua copertura "TCM" può andare da un min. di 5 anni ad un max di 25 anni.

L'importo del premio protetto non deve superare l'importo annuo del tuo piano di versamenti riportato nella Sezione 5.

Esempio
Se il premio annuo ricorrente che intendi destinare alla Gestione Separata/OICR è di € 12.000 la parte che puoi proteggere può andare da un min di € 3.000 ad un max di € 12.000.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE "CRITICAL ILLNESS"

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE "CRITICAL ILLNESS"

Durata dell'assicurazione: cifre lettere (minimo 5 anni)

Premio protetto € (importo minimo € 3.000,00)

La durata minima è pari a 5 anni, la durata massima è pari a 25 anni ma non deve superare in ogni caso la durata del tuo piano di versamenti riportata nella Sezione 5.

Esempio
Se il tuo piano di versamenti è di 15 anni, la durata della tua copertura "Critical Illness" può andare da un min di 5 anni ad un max di 15 anni. Se invece il tuo piano di versamenti è di 30 anni, la durata della tua copertura "Critical Illness" può andare da un min. di 5 anni ad un max di 25 anni.

L'importo del premio protetto non deve superare l'importo annuo del tuo piano di versamenti riportato nella Sezione 5

Esempio
Se il premio annuo ricorrente che intendi destinare alla Gestione Separata/OICR è di € 12.000 la parte che puoi proteggere può andare da un min di € 3.000 ad un max di € 12.000.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



In caso di attivazione di una o entrambe le coperture complementari "TCM" e "Critical Illness", deve essere anche compilato il "Questionario sanitario" sotto riportato



QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DEL PRIMO ASSICURANDO

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) Il Primo assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

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

2. Quali sono il tuo peso e la tua altezza? altezza cm _____ peso kg _____

3. Soffri o hai sofferto di malattia fisica, psichica, neurologica? NO SI

Se la risposta è SI:

3.1 Soffri o hai mai sofferto di Iperensione? NO

- PA ≤ 140/90
- 140/90 < PA < 160/100
- PA ≥ 160/100

Ti raccomandiamo di barrare una sola opzione fra le 4 alternative proposte.

3.2 Soffri o hai mai sofferto di Ipercolesterolemia? NO

- RAPPORTO < 5
- 5 ≤ RAPPORTO < 6
- 6 ≤ RAPPORTO < 7
- RAPPORTO ≥ 7

Ti raccomandiamo di barrare una sola opzione fra le 5 alternative proposte.

3.3 Soffri o hai mai sofferto di Diabete? NO SI

3.4 Soffri o hai mai sofferto di Ipotiroidismo con assunzione di Eutirox o affini? NO SI

3.5 Soffri o hai mai sofferto di Schizofrenia, Depressione Maggiore o Depressione Bipolare? NO SI

3.6 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie Psiciche e/o malattie Neurologiche? NO SI

3.7 Soffri o hai mai sofferto di Tumore maligno, Angina Pectoris, Attacco Ischemico Transitorio, Ictus, Infarto Miocardico, Cirrosi Epatica, Infezione da HIV, Covid-19 con ricovero ospedaliero o con sequele o guarigione da meno di 30 giorni? NO SI

3.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie fisiche? NO SI

4. Il tuo peso ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni? (escluso stato di gravidanza) NO SI

5. Ti sei mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di malattia? NO SI

Le situazioni di malattia non comprendono:

- le conseguenze di condizioni fisiologiche (ad es. lieve anemia correlata al ciclo mestruale);
- le condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (come stati infettivi o infiammatori semplici).

Sono inoltre esclusi accertamenti di normale prevenzione non dovuti da patologie.

6. Fai uso abituale di farmaci? NO SI

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 antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS.

Se la risposta è SI:

6.1 Eutirox, farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete NO SI

6.2 Farmaci per altre patologie NO SI

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



7. Abusi e/o hai mai fatto abuso in passato di alcol e/o fai uso o hai fatto uso di sostanze stupefacenti? NO SI

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.

Se la risposta è SI:

- 7.1 Alcol NO SI
- 7.2 Sostanze stupefacenti NO SI
- 7.3 Cannabinoidi NO SI

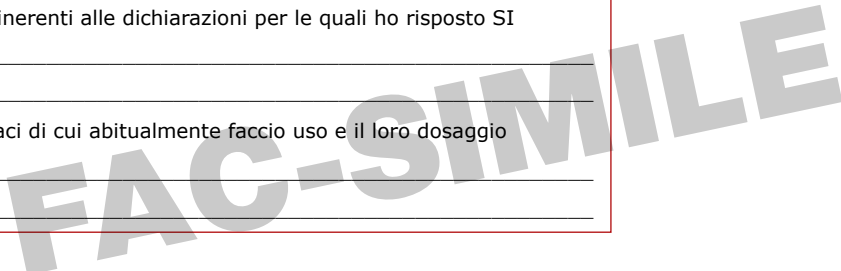
Nome e cognome del medico curante

Indirizzo del medico curante

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOPRA RIPORTATE

1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI

2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio



MAGGIORAZIONE MORTE PRIMO ASSICURATO IN CASO DI MINUSVALENZE

OPZIONE "MAGGIORAZIONE MORTE IN CASO DI MINUSVALENZE"

Qualora venga attivata l'opzione "Maggiorazione morte in caso di minusvalenze", deve essere anche letta e firmata la "Dichiarazione di buona salute" sotto riportata.

DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto **Primo Assicurando**, ai fini della validità della presente copertura assicurativa, **DICHIARO**:

1. 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;
2. di non prevedere un ricovero e di non essere stato ricoverato negli ultimi cinque anni in case di cura, sanatori, ospedali o simili, anche se in regime di day-hospital, per malattie, interventi chirurgici o procedure invasive diversi da appendicectomia, ernia inguinale, emorroidectomia, o colecistectomia fatta più di due anni fa, trattamento di fratture ossee semplici, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie, cisti benigne;
3. di non soffrire e di non aver mai sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità (indice di massa corporea BMI (*) >30), insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV.

* L'indice di massa corporea (BMI) si calcola dividendo il peso dell'Assicurato (espresso in chilogrammi) per il quadrato della sua altezza (espressa in metri).

Tale opzione, che prevede una maggiorazione della Prestazione Principale, è attivata automaticamente se il Primo assicurato ha un'età inferiore a 70 anni. In questo caso non deve essere né barrato il flag, né firmata la "Dichiarazione di buona salute". L'opzione è invece attivabile se il Primo assicurato ha un'età compresa fra 70 e 79 anni, barrando il flag e sottoscrivendo la "Dichiarazione di buona salute".

Ricordiamo che la firma deve essere apposta solamente in caso di attivazione dell'opzione "Maggiorazione morte in caso di minusvalenze".

Firma del PRIMO ASSICURANDO

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



5 > DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO

Nome Prodotto	R1RFE / BG INSIEME PROGETTI DI VITA
Premio annuo ricorrente	Importo € _____ (min. € 3.000,00 e max € 20.000,00)
Durata del contratto	<input type="text"/> <input type="text"/> (min. 10 anni) cifre lettere
Frazionamento del premio annuo ricorrente	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> mensile
Premio annuo "TCM" (assicurazione complementare caso morte)	€ _____ (il premio va riportato se l'assicurazione è stata attivata alla Sezione 4; l'importo da indicare si ottiene utilizzando il simulatore)
Premio annuo "Critical Illness" (assicurazione complementare caso malattia)	€ _____ (il premio va riportato se l'assicurazione è stata attivata alla Sezione 4; l'importo da indicare si ottiene utilizzando il simulatore)
Totale annuo da versare (premio annuo ricorrente + eventuali premi annui per le assicurazioni complementari)	€ _____
Rata di perfezionamento (importo da versare a seguito della sottoscrizione della presente proposta)	€ _____

Importo destinato (al netto dei costi) alla gestione separata e agli OICR.

L'importo destinato alla gestione separata e agli OICR può essere frazionato. Le rate possono comprendere anche decimali.

Gli importi destinati alle assicurazioni complementari seguono il frazionamento del premio ricorrente.

Il totale annuo da versare è dato dal premio ricorrente destinato a GS/OICR + il premio eventuale della TCM e/o Critical Illness. La rata di perfezionamento è quanto il cliente deve versare come premio iniziale che, se il frazionamento scelto è annuale, sarà identico al totale annuo, altrimenti sarà più basso.

Esempio

LE TUE COPERTURE (Sezione 4)

Assicurazione "TCM": durata 15 anni - premio protetto € 3.000,00

Assicurazione "Critical Illness": durata 10 anni - premio protetto € 5.000,00

IL TUO INVESTIMENTO

Premio annuo ricorrente destinato a gestione separata/OICR: € 12.000,00

Durata piano versamenti: 15 anni

Frazionamento premio annuo ricorrente: semestrale

Premio annuo "TCM": € 75,00 (frazionamento annuo obbligatorio)

Premio annuo "Critical Illness": € 125,00 (frazionamento annuo obbligatorio)

Totale annuo da versare: € 12.200,00 (12.000+75+125)

Rata di perfezionamento: € 6.100,00 (12.200:2)



IL TUO INVESTIMENTO

Il contratto prevede un investimento del 10% in gestione separata e del 90% in OICR "LUX IM".

Devi compilare sempre l'Universo Investibile "BG INSIEME PROGETTI DI VITA" indicando i comparti di SICAV dove desideri investire.



ORIGINE DEI FONDI

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del contraente o dell'eventuale esecutore.

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

N° proposta: _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO

Versamento del premio di perfezionamento

BONIFICO BANCARIO sul conto corrente intestato a Genertellife S.p.A.

Tramite la Banca _____

CODICE IBAN _____

(intestato al contraente)

CRO _____

Copia della disposizione deve essere allegata al presente modulo

a favore di Genertellife S.p.A sul seguente codice **IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795** presso Banca Generali di Mogliano Veneto

Con contestuale addebito sul conto corrente bancario, per cui autorizzo fin d'ora Banca Generali ad addebitare l'importo dovuto sul conto corrente intestato/cointestato al contraente, con la valuta prevista per la presente operazione

Codice IBAN I T | 0 3 0 7 5 | _____

ASSEGNO "NON TRASFERIBILE" tratto **all'ordine di Genertellife S.p.A.**

bancario circolare

ABI _____ CAB _____

Numero completo dell'assegno _____

Versamento dei premi successivi

S.D.D.

Compilare nella pagina seguente il "Mandato per addebito SEPA - S.D.D.", unica modalità di pagamento prevista per i premi successivi.
In caso di contraente persona giuridica, nel mandato S.D.D. deve essere indicato il conto di addebito IBAN della persona giuridica.

N° proposta: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



6 > MANDATO SEPA - S.D.D.

Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.

Riferimento del mandato (Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore)

Numero Proposta/Polizza												
7	6	5	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0

Dati del creditore

Nome/ragione sociale: Genertellife S.p.A. - Codice Fiscale 00979820321

Codice identificativo: IT03004000000979820321

Indirizzo: via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto (TV), ITALIA

Dati del sottoscrittore (il Contraente o l'Esecutore nel caso di contraente persona giuridica)

Nome e cognome _____

Codice fiscale (presente nel box "Contraente" se persona fisica oppure nel box "Eventuale Esecutore" se persona giuridica).

Conto di addebito IBAN															
Cod. Paese	CIN IBAN	Cin	ABI	CAB	Numero Conto Corrente										

Codice SWIFT BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(può essere formato o da 8 o da 11 caratteri)

Tipo pagamento: ricorrente

Dati dell'intestatario del conto (da compilarsi solo nel caso di Contraente persona giuridica)

Ragione sociale _____

Codice fiscale (presente nel box "Contraente").

Conferimento (barrare la casella per conferire il mandato)

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

(*) I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Data e Luogo

Firma del sottoscrittore

Note:

- 1) Il sottoscrittore del modulo deve essere sempre persona fisica. Nel caso di c/c intestato a persona giuridica, coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica, coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV)



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Gennaio 2023

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



7 > PERSONALIZZA LA TUA POLIZZA



MONITORAGGIO DEGLI OICR

SERVIZIO "ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEGLI OICR"

Puoi scegliere che la Compagnia modifichi automaticamente la tua Asset Allocation al verificarsi di determinate condizioni.

Io sottoscritto dichiaro di aver preso visione dell'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione ("Attività di monitoraggio ed aggiornamento degli OICR"), che disciplina l'attività di monitoraggio degli OICR selezionati dal Contraente, svolta trimestralmente dalla Compagnia, per garantirne il mantenimento degli standard quantitativi. Qualora si verifichi il superamento della soglia prevista per almeno uno dei tre parametri (performance, volatilità e variazione di dimensioni degli OICR) descritti in tale articolo, la Compagnia provvede ad informarti.

Oltre all'informativa predetta, io sottoscritto

CHIEDO (barrare la casella Servizio "Attività di monitoraggio degli OICR" in caso di richiesta di modifica automatica)

alla Compagnia, di modificare automaticamente l'Asset Allocation, tramite un'operazione di switch, sostituendo gli OICR interessati con OICR aventi caratteristiche similari.



INFORMATIVA VIA WEB

Io sottoscritto, collegandomi al sito internet della Compagnia ed accedendo alla Sezione "Area Personale - La tua posizione online", potrò - seguendo le istruzioni riportate - registrarmi e consultare le informazioni relative alla mia posizione assicurativa.

Pertanto, in base a quanto sopra riportato, **chiedo** che l'informativa in corso di contratto, prevista dalla normativa vigente venga pubblicata nella mia Area Personale.

Al fine di essere informato relativamente ad ogni nuova comunicazione presente nella mia Area Personale, fornisco le seguenti informazioni:

INDIRIZZO E-MAIL (obbligatorio in caso di adesione al presente servizio) _____ NUMERO CELLULARE (opzionale, per ricevere messaggi di conferma) _____

Puoi scegliere di ricevere l'informativa in corso di contratto sulla Tua Area Personale.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo e-mail comunicato per il servizio di informativa via web.

A tal fine:

- dichiaro di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze per l'utilizzo del collegamento telematico e di attrezzature che mi consentono di ottenere copia duratura delle comunicazioni ricevute;
- prendo atto dei rischi connessi all'utilizzo delle reti telematiche per la trasmissione dei dati e che la Compagnia non sarà responsabile per la perdita, alterazione o diffusione di informazioni trasmesse attraverso le reti telematiche che siano ascrivibili a difetti di funzionamento, caso fortuito o fatto di terzi o comunque ad eventi al di fuori del controllo della stessa e che l'inoltro di comunicazioni per via telematica potrà essere sospeso per ragioni connesse alla sicurezza e manutenzione del servizio, nonché per ragioni cautelari.

Dichiaro infine di essere consapevole del diritto di richiedere, in qualunque momento e senza oneri, l'invio della suddetta informativa su supporto cartaceo.

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

In caso di adesione al servizio "Informativa via web" è obbligatoria la firma del Contraente o dell'eventuale Esecutore.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



8 > CONFLITTI DI INTERESSE

L'Intermediario mantiene e applica le ragionevoli misure organizzative e amministrative atte ad evitare che i conflitti di interessi incidano negativamente sugli interessi del Contraente, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente. Qualora le misure organizzative o amministrative adottate per gestire talune fattispecie di conflitti di interessi non siano sufficienti ad assicurare, con ragionevole certezza, che il rischio di nuocere agli interessi del Contraente sia evitato, l'Intermediario provvede ad informare chiaramente il Contraente in merito alla natura e alle fonti del conflitto di interessi al fine di ottenerne l'autorizzazione.

Il Contraente prende quindi atto dell'esistenza di interessi conflittuali dell'Intermediario collocatore derivanti:

- dall'investimento della polizza in strumenti finanziari emessi e/o gestiti da società con le quali l'Intermediario intrattiene rapporti rilevanti di Gruppo e/o rapporti d'affari;
- dall'appartenenza dell'intermediario collocatore allo stesso Gruppo della Compagnia;
- dalla percezione da parte dell'Intermediario, per l'attività di distribuzione della presente polizza, di una quota parte delle commissioni percepite dalla Compagnia.

Ciò considerato il Contraente autorizza espressamente l'Intermediario collocatore a compiere le operazioni con le quali potrà avere un interesse in conflitto.

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



La sezione "Conflitti di interesse" deve essere obbligatoriamente firmata dal Contraente o dall'eventuale Esecutore.

9 > FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA/POLIZZA

La presente Proposta/Polizza è accettata dalla Compagnia e gli effetti della stessa decorreranno dal giorno di valorizzazione così come descritto dall'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Genertellife S.p.A.



10 > RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta, ai sensi del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005, **entro trenta giorni dalla sua conclusione** mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Compagnia. **Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente sottoscrive il presente modulo di proposta debitamente compilato.** Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il contraente e Genertellife sono liberi da ogni obbligo contrattuale. La Compagnia, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente i premi versati, diminuiti di imposte.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



11 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

Consenso contrattuale

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

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

Consensi commerciali e di profilazione commerciale

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

Acconsento Non acconsento

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente. Se nel precedente Consenso commerciale è stato indicato "Non acconsento", anche per questo Consenso commerciale deve essere indicato "Non acconsento".

Acconsento Non acconsento

FAC-SIMILE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



12 > LE TUE DICHIARAZIONI



ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

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

Scopo e natura del rapporto continuativo

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

Protezione Risparmio Investimento

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

Titolare Effettivo* del contraente

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

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

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

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

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

Io sottoscritto dichiaro, dopo aver preso visione dell'informativa in Allegato alle Condizioni di Assicurazione e consapevole delle responsabilità penali previste, ai sensi dell'art. 55 del D Lgs. n. 231/2007 e successive modifiche, in caso di omissione o false informazioni, sotto la mia responsabilità che quanto affermato e riportato nei campi del presente documento corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela previsti dal citato Decreto in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e successivi regolamenti attuativi.

Dichiaro infine che il titolare effettivo della presente polizza coincide con il contraente ovvero con il soggetto indicato nell'apposito allegato denominato "Titolare effettivo dei rapporti continuativi del contraente persona giuridica". Mi impegno inoltre a comunicare alla compagnia ogni futura operazione effettuata per conto di un titolare effettivo diverso.

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DICHIARAZIONE 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 dall'Esecutore (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, barrando obbligatoriamente una delle due caselle:

Io sottoscritto, in qualità di Contraente, dichiaro di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allego apposito "Form W-9".	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
--	---

Dichiarazione U.S. Person della Società Contraente. Da compilare solo se persona giuridica, barrando obbligatoriamente una delle due caselle:

Io sottoscritto dichiaro che la società contraente è "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allego apposito "Form W-9", unitamente alla "Dichiarazione sullo status della società ai fini FATCA/CRS - Entità giuridiche".	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
---	---

Io sottoscritto mi impegno a notificare tempestivamente alla Compagnia ogni eventuale variazione circa lo status fiscale dei soggetti di cui sopra.



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 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 dall'Esecutore (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.

Io sottoscritto Contraente dichiaro: Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia	<input type="checkbox"/>
di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifico i seguenti dettagli	<input type="checkbox"/>

Qualora la società contraente dichiaro di avere residenze fiscali fuori dall'Italia (barrando il riquadro sopra riportato), si dovrà anche allegare l'apposita "Dichiarazione sullo status della società ai fini FATCA/CRS Entità giuridiche".

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

Io sottoscritto mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Compagnia qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DICHIARAZIONE ESENZIONE IMPOSTA SOSTITUTIVA

Esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale

Io sottoscritto Contraente (o suo Esecutore) DICHIARO di aver stipulato il contratto di polizza nell'ambito di attività commerciale e di percepirne i relativi proventi nell'ambito della medesima e chiedo pertanto a codesta spett.le Compagnia di non applicare l'imposta sostitutiva sui redditi di capitale di cui all'art. 26-ter del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600.

L'eventuale compilazione della dichiarazione è riservata al solo contraente persona giuridica.

Dichiarazione di esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale (barrare la casella per ottenere l'esenzione)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------



DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

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

- il Set informativo che si compone del Documento contenente le informazioni chiave (KID), dei Documenti contenenti le informazioni specifiche (SID) relativi alle opzioni di investimento scelte, del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), delle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e del fac-simile del Modulo di Proposta e di aver scelto per la consegna una delle seguenti modalità:

formato elettronico al seguente indirizzo e-mail: impegnandomi a comunicare alla Compagnia o all'intermediario ogni variazione, compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo di posta elettronica indicato	<input type="checkbox"/>
supporto cartaceo	<input type="checkbox"/>

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

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

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

- di **prosciogliere** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario (in caso di attivazione di una o entrambe le coperture complementari "TCM" e "Critical Illness") e/o della "Dichiarazione di buona salute" (qualora per assicurati di età compresa fra 70 e 79 anni sia stata scelta l'opzione "Maggiorazione morte in caso di minusvalenze"), nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul proprio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- che i dati e le informazioni riportate nel presente Modulo di proposta sono corrette;
- di accettare e sottoscrivere integralmente le Condizioni di Assicurazione (Prodotto R1RFE / BG INSIEME PROGETTI DI VITA) previste nel Set informativo, con particolare riferimento alle condizioni di carenza.

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

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

Firma obbligatoria.

Firma del **PRIMO ASSICURANDO** (se diverso dal **CONTRAENTE**)

Firma obbligatoria se il Primo assicurando è diverso dal contraente.



IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, che il presente modulo è stato correttamente compilato e di aver identificato i soggetti di cui trattasi ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni.

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

Data _____ Luogo _____

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	

Firma del **CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE**

Firma obbligatoria.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



TITOLARE EFFETTIVO DEI RAPPORTI CONTINUATIVI DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dall'esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int., ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del rapporto continuativo.

Io sottoscritto _____

COGNOME

NOME

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



	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Codice fiscale				
Indirizzo di residenza *				
Località				
CAP				
Provincia				
Stato				
Cittadinanza				
Documento d'identità (tipologia)				
Numero Documento				
Rilasciato da				
Luogo rilascio				
Data rilascio				
Data scadenza				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No, mai	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No, mai	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No, mai	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No, mai

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Qualifica di Titolare effettivo per contraente persona giuridica (la definizione di Titolare effettivo è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) <input type="checkbox"/> Fiduciante <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore	<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) <input type="checkbox"/> Fiduciante <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore	<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) <input type="checkbox"/> Fiduciante <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore	<input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) <input type="checkbox"/> Fiduciante <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore
Precedente professione solo se attualmente pensionato (Inserisci il tuo Codice Professione scegliendo tra quelli che trovi riportati in allegato)	_____	_____	_____	_____

Dichiarazione U.S. Person relativa ai titolari effettivi sopra indicati

Io sottoscritto dichiaro che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "U.S. Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allego apposito "Form W-9"

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
U.S. Person	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ

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

Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Non ha residenze fiscali fuori dall'Italia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PAESE 1 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 1 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 1 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 1 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____
	PAESE 2 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 2 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 2 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 2 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____
	PAESE 3 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 3 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 3 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 3 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____
	PAESE 4 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 4 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 4 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____	PAESE 4 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____

Io sottoscritto mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Compagnia qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Compagnia

Fornisco le seguenti ulteriori informazioni:

N° proposta: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Indico di seguito la documentazione fornita alla Compagnia:

(vedi allegata documentazione)

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

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007 e s.m.i., confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i., sulla base dei criteri forniti all'Art. 20 del citato Decreto.

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

Data _____ Luogo _____

Firma dell'ESECUTORE

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

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV)



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Gennaio 2023

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO (PRIMO ASSICURATO) PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dal contraente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int., ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del beneficiario persona giuridica.

Io sottoscritto _____

COGNOME

NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - 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. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.



Denominazione sociale beneficiario

Riportare la denominazione sociale del beneficiario persona giuridica al quale si riferiscono i titolari effettivi di seguito forniti.

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto con il contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007 e s.m.i., confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i., sulla base dei criteri forniti all'Art. 20 del citato Decreto.

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

Data _____ Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO (PRIMO ASSICURATO) PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dal contraente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int., ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del beneficiario persona giuridica.

Io sottoscritto _____

COGNOME

NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - 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. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di anticiclaggio.



Denominazione sociale beneficiario

Riportare la denominazione sociale del beneficiario persona giuridica al quale si riferiscono i titolari effettivi di seguito forniti.

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto con il contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007 e s.m.i., confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i., sulla base dei criteri forniti all'Art. 20 del citato Decreto.

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

Data _____

Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO (SECONDO ASSICURATO) PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dal contraente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int., ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del beneficiario persona giuridica.

Io sottoscritto _____

COGNOME

NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - 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. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di anticiclaggio.



Denominazione sociale beneficiario

Riportare la denominazione sociale del beneficiario persona giuridica al quale si riferiscono i titolari effettivi di seguito forniti.

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto con il contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007 e s.m.i., confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i., sulla base dei criteri forniti all'Art. 20 del citato Decreto.

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

Data _____

Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO (SECONDO ASSICURATO) PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dal contraente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int., ai fini dell'identificazione del titolare effettivo del beneficiario persona giuridica.

Io sottoscritto _____

COGNOME

NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - 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. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.



Denominazione sociale beneficiario

Riportare la denominazione sociale del beneficiario persona giuridica al quale si riferiscono i titolari effettivi di seguito forniti.

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto con il contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Sotto la mia personale responsabilità e consapevole degli obblighi stabiliti e delle specifiche responsabilità penali espressamente previste dal citato D.Lgs. 231/2007 e s.m.i., confermo la veridicità delle dichiarazioni su estese e delle informazioni sopra fornite ai sensi dell'Art. 22 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i., sulla base dei criteri forniti all'Art. 20 del citato Decreto.

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

Data _____

Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

N° proposta: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di Genertellife S.p.A. - Sede legale e Direzione Generale via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV)



Capitale sociale € 168.200.000,00 int. vers. - iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (TV) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - bgvita@pec.bgvita.it - bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it

Aggiornamento: Gennaio 2023

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



PROFESSIONE

PROFESSIONE

- 01 DIPENDENTE
- 02 DIRIGENTE/SOGGETTO APICALE (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.)
- 03 IMPRENDITORE
- 04 LIBERO PROFESSIONISTA
- 05 LAVORATORE AUTONOMO
- 06 NON OCCUPATO (disoccupato, casalinga, studente)
- 08 BENESTANTE/POSSIDENTE
- 09 CLERO ED ALTRI MINISTRI DI CULTO
- 10 POLITICO
- 11 DIPLOMATICO
- 12 MAGISTRATO

FAC-SIMILE