

Agenzia: Banca Generali

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

# BG VITA

## BG CUSTODY *Futuro Plus 2024*

### MODULO DI PROPOSTA

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



- Set Informativo



- **Modulo di proposta BG Custody Futuro Plus 2024**

Allegati



- **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 del beneficiario persona giuridica** 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 tutti gli **approfondimenti** relativi alla tua Polizza "BG Custody Futuro Plus 2024".  
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

**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 allegati al presente modulo i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale recente (max 3 mesi), 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 dell'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 > L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI

ASSICURANDO	
	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 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 assicurato diverso dal contraente (da compilare obbligatoriamente)	_____ _____ _____

**Chi è l'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**

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
Beneficiario coincide con il contraente <small>(se diverso da assicurato)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
Nome e Cognome*		
% Beneficiario* <small>(no decimali)</small>		
Data di nascita*		
Comune di nascita*		
Provincia di nascita*		
Stato di nascita <small>(se diverso da Italia)</small>		
Codice fiscale*		
Recapito* <small>Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo</small>		
Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
Persona Politicamente Esposta* <small>(La definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
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?**  
È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

**La somma delle percentuali di tutti i beneficiari 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.**

\* Da compilare obbligatoriamente. In caso di mancata compilazione del campo "% Beneficiario", la prestazione sarà attribuita al 100% all'unico beneficiario designato o suddivisa in parti uguali tra più beneficiari designati.

N° proposta: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 3 p.f.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 4 p.f.: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



	BENEFICIARIO 3	BENEFICIARIO 4
<b>Nome e Cognome*</b>		
<b>% Beneficiario*</b> (no decimali)		
<b>Data di nascita*</b>		
<b>Comune di nascita*</b>		
<b>Provincia di nascita*</b>		
<b>Stato di nascita</b> (se diverso da Italia)		
<b>Codice fiscale*</b>		
<b>Recapito*</b> Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta*</b> (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente*</b>	<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?**  
È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari 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.

\* Da compilare obbligatoriamente. In caso di mancata compilazione del campo "% Beneficiario", la prestazione sarà attribuita al 100% all'unico beneficiario designato o suddivisa in parti uguali tra più beneficiari designati.

N° proposta: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 5 p.f.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 6 p.f.: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



	BENEFICIARIO 5	BENEFICIARIO 6
<b>Nome e Cognome*</b>		
<b>% Beneficiario*</b> (no decimali)		
<b>Data di nascita*</b>		
<b>Comune di nascita*</b>		
<b>Provincia di nascita*</b>		
<b>Stato di nascita</b> (se diverso da Italia)		
<b>Codice fiscale*</b>		
<b>Recapito*</b> Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)		
Telefono/Cellulare		
E-mail		
<b>Persona Politicamente Esposta*</b> (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente*</b>	<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?**  
È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari 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.

\* Da compilare obbligatoriamente. In caso di mancata compilazione del campo "% Beneficiario", la prestazione sarà attribuita al 100% all'unico beneficiario designato o suddivisa in parti uguali tra più beneficiari designati.

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 persona giuridica".**



**BENEFICIARI CASO MORTE**

	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)		
Forma giuridica del beneficiario*	<input type="checkbox"/> Fiduciaria di amministrazione <input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> Trust <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti	<input type="checkbox"/> Fiduciaria di amministrazione <input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> Trust <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti
Catena partecipativa complessa*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
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"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

**Chi è il beneficiario?**

È la persona giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.

**Catena partecipativa complessa:**

descrive un assetto di controllo societario particolarmente articolato, comprendente strutture societarie per le quali è più difficile risalire alla titolarità effettiva delle somme investite quali Fiduciarie, Trust e Società Anonime.

**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. In caso di mancata compilazione del campo "% Beneficiario", la prestazione sarà attribuita al 100% all'unico beneficiario designato o suddivisa in parti uguali tra più beneficiari designati.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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



**REFERENTE TERZO**

**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 dell'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





## 4 > REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

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

## 5 > RECESSO DAL CONTRATTO

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

## 6 > CONDIZIONI DI GARANZIA

La sottoscritta Società Alleanza Assicurazioni S.p.A. accorda col presente atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento ovvero dal giorno di valuta riconosciuto alla Compagnia dell'importo sopraindicato, la copertura del rischio di cui alla presente proposta e relativi allegati che qui si intendono integralmente richiamati.

Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A.



## 7 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consenso 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;

Acconsento  Non acconsento

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

Acconsento  Non acconsento

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del Contraente.

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



## 8 > LE TUE DICHIARAZIONI



### ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Io sottoscritto, **preso atto che le informazioni richieste, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. e int. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, sono necessarie** al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Cliente e dell'eventuale Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende accendere, fornisco, in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 del sopra richiamato decreto, sotto la mia personale responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela, consapevole che a seguito del mancato rilascio delle medesime informazioni la Compagnia si riserva il diritto di astenersi dall'apertura del rapporto ai sensi dall'art. 42 del Decreto Legislativo del 21 novembre 2007, n. 231 e succ. mod. e int. e dalle relative disposizioni di attuazione tempo per tempo vigenti. Io sottoscritto dichiaro di essere, altresì, consapevole delle responsabilità previste, ai sensi dell'Art. 55 del citato D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni, in caso di omissione o false informazioni.

#### Scopo e natura del rapporto continuativo

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

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.

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.

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

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.

<b>Dichiarazione di esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale</b> (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), 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.



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

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

- che i dati e le informazioni riportate nel presente Modulo di proposta sono corrette;
- di accettare e sottoscrivere integralmente le Condizioni di Assicurazione (Prodotto DBDE1/BG Custody Futuro Plus 2024) previste nel Set informativo, che è stato consegnato in mie mani.

**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 <b>CONTRAENTE</b> o dell' <b>EVENTUALE ESECUTORE</b>

Firma obbligatoria

Firma dell' <b>ASSICURANDO</b> (se diverso dal <b>CONTRAENTE</b> )

Firma obbligatoria se l'assicurando è diverso dal contraente.

N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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 confermando che i relativi documenti di identità da me visionati risultano leggibili (testo e foto).

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

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

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

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano



Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012 Partita IVA n. 01333550323 - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi. - Pec: [bgvita@pec.bgvita.it](mailto:bgvita@pec.bgvita.it) - [bgvita@bgvita.it](mailto:bgvita@bgvita.it) - [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)

Aggiornamento: Febbraio 2025



# 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				
<b>Persona Politicamente Esposta</b> (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ			
<b>Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?</b> (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
<b>Qualifica di Titolare effettivo per contraente persona giuridica</b> (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			

**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
<b>Non</b> 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 2 _____ CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO _____			
	PAESE 3 _____ 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.

FAC-SIMILE

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	

Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE

BG VITA è un marchio commerciale di Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano



Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012 Partita IVA n. 01333550323 - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi. - Pec: [bgvita@pec.bgvita.it](mailto:bgvita@pec.bgvita.it) - [bgvita@bgvita.it](mailto:bgvita@bgvita.it) - [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)

Aggiornamento: Febbraio 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO 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 <small>(la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì			
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 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.

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 <small>(la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì			
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.



Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
<b>Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE</b>	
	

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano



Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012 Partita IVA n. 01333550323 - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi. - Pec: [bgvita@pec.bgvita.it](mailto:bgvita@pec.bgvita.it) - [bgvita@bgvita.it](mailto:bgvita@bgvita.it) - [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)

Aggiornamento: Febbraio 2025

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