N° adesione: _____ _____

Agenzia: Banca Generali

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

GENERALI BGVITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - Fondo pensione
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5016

MODULO DI ADESIONE

FAC-SIMILE

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

- Parte I 'Informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa (da consegnare obbligatoriamente)
- Appendice 'Informativa sulla sostenibilità' (da consegnare obbligatoriamente)
- Nota informativa, Regolamento e Condizioni generali di contratto (da consegnare su espressa richiesta dell'aderente)
- Documenti conformi ai modelli di cui all'allegato 3, 4 e 4-ter del Reg. IVASS n. 40/2018

- Modulo di adesione BG Previdenza Attiva

Allegati

- Titolare effettivo del beneficiario persona giuridica A cura dell'aderente o dell'eventuale esecutore
(da allegare nel caso in cui il beneficiario sia una persona giuridica)

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

- Professione

Attenzione: l'adesione a **BG PREVIDENZA ATTIVA** - **piano individuale pensionistico di tipo assicurativo** - deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I 'Informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito www.bgvita.it. Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Avvertenza: non è possibile sottoscrivere il presente modulo di adesione se l'aderente risulta già iscritto a BG PREVIDENZA ATTIVA

Dopo la compilazione l'adesione deve essere fotocopiata in 3 esemplari.

Scopri tutti gli **approfondimenti** relativi alla tua Polizza "BG Previdenza Attiva".
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

APPROFONDIMENTI

N° adesione: _____ _____

CDG dell'Aderente: _____

BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

1 〉 IL TUO QUESTIONARIO

IN CASO DI ADESIONE DI UN MINORE, IL "QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE" NON DEVE ESSERE COMPILATO.

Questionario di autovalutazione

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

Conoscenze in materia di previdenza

1. Conoscenza dei fondi pensione:

- ☐ Ne so poco
- ☐ Sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
- ☐ Ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni.

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione:

- ☐ Non ne sono al corrente
- ☐ So che le somme versate non sono liberamente disponibili
- ☐ So che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione? _____ anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale)? _____ per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

☐ SI ☐ NO

6. Ha verificato il paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione', della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

☐ SI ☐ NO

Congruità della scelta previdenziale

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR):

- ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro **(punteggio 1)**
- ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro **(punteggio 2)**
- ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro **(punteggio 3)**
- ☐ Non so / Non rispondo **(punteggio 1)**

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- ☐ 2 anni **(punteggio 1)**
- ☐ 5 anni **(punteggio 2)**
- ☐ 7 anni **(punteggio 3)**
- ☐ 10 anni **(punteggio 4)**
- ☐ 20 anni **(punteggio 5)**
- ☐ Oltre 20 anni **(punteggio 6)**

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- ☐ Non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti **(punteggio 1)**
- ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori **(punteggio 2)**
- ☐ Sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti **(punteggio 3)**

Punteggio ottenuto _____

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del comparto	- garantito - obbligazionario puro - obbligazionario misto	- obbligazionario misto - bilanciato	- bilanciato - azionario

La scelta di un percorso *Life Cycle* (o comparto *data target*) è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Perché è necessario compilare il questionario?

Il "Questionario di Autovalutazione" è uno strumento che ti aiuta a verificare il tuo livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarti tra le diverse opzioni di investimento.
In caso di adesione di un minore, il "Questionario di Autovalutazione" NON deve essere compilato.

È necessario che quanto indicato nella presente domanda sia coerente con la risposta fornita alla domanda n° 8 relativa alla congruità della scelta previdenziale, alla risposta inerente la Data di accesso alle prestazioni pensionistiche fornita a pagina 6.

È necessario che quanto indicato nella presente domanda sia coerente con la risposta fornita alla domanda n° 3 relativa alle conoscenze in materia di previdenza e alla risposta inerente la Data di accesso alle prestazioni pensionistiche fornita a pagina 6.

FAC-SIMILE

Questionario di autovalutazione - Dichiarazione dell'Aderente

Data _____ Luogo _____

È obbligatorio indicare sempre data e luogo, tranne in caso di adesione di un minore.

☐ L'aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Firma dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

[in alternativa]

☐ L'aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

In caso di adesione di un minore, NON deve essere compilata e firmata la Dichiarazione dell'Aderente.

Firma dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

FAC-SIMILE

N° adesione: _____ _____

CDG dell'Aderente: _____ CDG dell'Esecutore: _____

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

2 〉 I TUOI DATI

	ADERENTE (persona fisica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Nome		
Cognome		
Codice fiscale		
Documento d'identità (tipologia)		
Numero Documento		
Rilasciato da		
Luogo rilascio		
Data rilascio		
Data scadenza		
Documenti comprovanti i poteri dell'esecutore		☐ Procura/Delega ☐ Provvedimento giudice tutelare ☐ Docum. d'identità del minore ☐ Autocertificazione di stato di famiglia ☐ Autocertificazione di nascita
Data di nascita		
Comune di nascita		
Provincia		
Stato (se diverso da Italia)		
Prima Cittadinanza		
Seconda Cittadinanza (se presente)		
Indirizzo di residenza*		
Località		
Provincia		
CAP		
Stato (se diverso da Italia)		
Indirizzo di corrispondenza		
Località		
Provincia		
CAP		
Stato (se diverso da Italia)		
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No	
Solo se attualmente pensionato indicare il codice professione	|__|__|	|__|__|
		Rapporto tra esecutore e aderente ☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

FAC-SIMILE

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 generali di contratto.

Chi è l'aderente?

Persona fisica che stipula il contratto di assicurazione.
Deve essere sempre consegnato il documento identificativo dell'aderente (se l'aderente è minorenne deve essere consegnato il certificato di nascita).

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 dell'aderente.
L'esecutore è il genitore che effettua il pagamento per il figlio minore, oppure il tutore/curatore/amministratore di sostegno. Devono essere sempre allegati al presente modulo i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, provvedimento giudice tutelare, documento d'identità del minore, autocertificazione di stato di famiglia oppure di nascita che deve contenere l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione).

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 Codice Professione dell'Aderente e dell'eventuale Esecutore scegliendo tra quelli che trovi riportati in allegato, solo se sono attualmente pensionati.

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

Aggiornamento: Febbraio 2025

N° adesione: _____ _____

CDG del Terzo Pagatore: _____

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

Nel caso di soggetto pagatore diverso dall'aderente, occorre compilare la seguente tabella. Ti ricordiamo inoltre di compilare la sezione "Modalità di versamento del premio (da parte del terzo pagatore)" presente a pag. 11 di 17.

Se il terzo pagatore coincide con l'esecutore, seleziona solamente "SÌ" in corrispondenza del campo "Terzo pagatore coincide con esecutore".

	EVENTUALE TERZO PAGATORE (persona fisica)
Terzo pagatore coincide con esecutore	☐ NO ☐ SÌ
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Rapporto tra terzo pagatore e aderente	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il "terzo pagatore"?

È il soggetto che versa il premio in luogo dell'aderente.
Se il tezo pagatore coincide con l'esecutore non occorre ricompilare la sezione, ma selezionare solamente "SÌ".

FAC-SIMILE

DATI DELL'ADERENTE PER FINI STATISTICI COVIP

Titolo di studio (dato obbligatorio)

☐ Nessuno
☐ Licenza elementare
☐ Licenza media inferiore
☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore
☐ Diploma universitario/laurea triennale
☐ Laurea/laurea magistrale
☐ Specializzazione post-laurea

Data di iscrizione alla previdenza complementare / /

Indicare la data di prima iscrizione ad una delle forme di previdenza complementare previste dalla normativa vigente.

Qualifica di vecchio o nuovo iscritto a fondi pensione: ☐ **V** ☐ **N**

Si intende vecchio iscritto il soggetto che alla data del 28/04/1993 aveva già aderito ad un Fondo pensione e successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale. Si intende nuovo iscritto il soggetto che ha aderito a Fondi pensione dopo il 28/04/1993 oppure vecchio iscritto che dopo tale data ha riscattato la posizione previdenziale accesa prima della medesima.

Data di prima iscrizione al regime obbligatorio (Previdenza Pubblica) / /

Condizione professionale (dato obbligatorio)

☐ Lavoratore dipendente del settore privato
☐ Lavoratore dipendente del settore pubblico
☐ Lavoratore autonomo e libero professionista
☐ Altro iscritto diverso da quelli precedenti

DATA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE

Indica la data presunta di accesso alla prestazione pensionistica obbligatoria ____ / ____ / ____

I requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche obbligatorie potrebbero variare in base alle disposizioni legislative tempo per tempo vigenti.

È necessario che quanto indicato in questo campo sia coerente con le risposte fornite alle domande 3 e 8 del Questionario di autovalutazione.

DATI CONTRIBUTIVI DELL'ADERENTE

☐ Frazionamento annuale — Importo annuale € _____

☐ Frazionamento mensile (S.D.D. obbligatorio) — Importo mensile € _____

È possibile contribuire a BG Previdenza Attiva anche o soltanto attraverso il proprio datore di lavoro:
(riservato solo ai lavoratori dipendenti del settore privato)

____ % TFR

____ % Contributo a carico del lavoratore dipendente

____ % Contributo a carico del datore di lavoro

FAC-SIMILE

3 〉 DATI DELL'AZIENDA

Da compilare obbligatoriamente in caso di contribuzione attraverso il datore di lavoro.

	AZIENDA
Denominazione Sociale	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Telefono	
E-mail	
Sede Legale	
Località	
C.A.P.	
Provincia	
Indirizzo di corrispondenza	
Località	
C.A.P.	
Provincia	

4 〉 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO

Attenzione: non è possibile sottoscrivere il presente modulo di adesione se l'aderente risulta già iscritto a BG PREVIDENZA ATTIVA.

La presente sezione deve essere compilata obbligatoriamente qualora l'aderente abbia già sottoscritto una forma pensionistica complementare iscritta all'albo COVIP quale: Fondo Pensione Chiuso, Fondo Pensione Aperto, PIP oppure Fondo Pensione preesistente.
Nella presente sezione non devono essere indicati i FIP in quanto non iscritti all'albo COVIP.

L'aderente è già titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare? ☐ SÌ ☐ NO

Indicare **obbligatoriamente** se l'aderente ha o non ha già aderito ad un'altra forma pensionistica complementare iscritta all'albo COVIP.

Denominazione altra forma pensionistica _____

Numero di iscrizione all'albo tenuto dalla COVIP _____

La denominazione e il numero di iscrizione devono essere coerenti con quanto riportato nella Scheda "I costi" della forma pensionistica complementare a cui si è già aderito; tale scheda è reperibile sul sito della COVIP (www.covip.it) che, con questo servizio, fornisce un ausilio alla ricerca delle Schede.

FAC-SIMILE

Scheda "I costi" della Forma Pensionistica a cui si è già aderito
☐ consegnata

Non selezionare "consegnata" soltanto se l'altra forma pensionistica a cui si è già aderito non sia tenuta a redigere la Scheda "I costi".

AVVERTENZA: se l'aderente è già titolare di altra forma pensionistica complementare deve obbligatoriamente firmare **in ogni pagina** la relativa Scheda "I costi" (in data antecedente o coincidente alla sottoscrizione di BG Previdenza Attiva) che deve sempre essere allegata al presente modulo.
Firma, data e luogo devono essere inseriti anche qualora la Scheda "I costi" non preveda apposito campo.

5 〉 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA

Io sottoscritto aderente dichiaro di aderire a BG Previdenza Attiva tramite il trasferimento della posizione maturata presso il Fondo/Forma pensionistica complementare denominato:

_____

Istituito da _____ Partita IVA _____
(Società/Ente)

Indirizzo sede _____

Località _____ CAP _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

al quale è iscritto dal _____ tramite il contratto n. _____

Si precisa che nel caso in cui l'aderente abbia già sottoscritto più forme pensionistiche complementari iscritte all'albo COVIP, la forma pensionistica da trasferire deve coincidere con quella indicata nella precedente sezione 4 "Altra forma pensionistica complementare a cui si è già aderito". Ti ricordiamo di allegare il "Modulo di richiesta di trasferimento a BG Previdenza Attiva" e inviarne una copia al Fondo Cedente.

Si ricorda che il trasferimento è possibile anche da forme pensionistiche complementari non iscritte all'albo COVIP, come i FIP.

Attenzione: se contemporaneamente al trasferimento intendi aderire a BG Previdenza Attiva anche attraverso dei contributi programmati è necessario compilare il campo **"Dati contributivi dell'aderente"** presente all'interno della sezione 2.

N° adesione: _____ _____

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

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

6 〉 I BENEFICIARI

Qualora si vogliano indicare ulteriori Beneficiari persone fisiche, fotocopiare le pagine dedicate ai Beneficiari Caso Morte, e allegarle al presente Modulo.

DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA FISICA

BENEFICIARI CASO MORTE

	BENEFICIARIO 1	BENEFICIARIO 2
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 generali di contratto)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e aderente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati dall'aderente 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.

FAC-SIMILE

* 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° adesione: _____ _____

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

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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
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*	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti
Catena partecipativa complessa*	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ 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*	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati dall'aderente 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.

FAC-SIMILE

OPPURE

BENEFICIARI CASO MORTE GENERICI

Gli eredi legittimi dell'Aderente	A ☐
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Aderente	D ☐

In caso di successione testamentaria, per "eredi legittimi" si intendono coloro che sarebbero stati tali in assenza di testamento.

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

* 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.

Aggiornamento: Febbraio 2025

7 〉 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO

COMPONI IL TUO INVESTIMENTO

È possibile scegliere di investire nella Gestione Separata "Ri.Alto Previdenza" e/o nel Fondo Interno "LVA Dinamico Previdenza".

Indicare le percentuali intere di ripartizione:

- alla **Gestione Separata "Ri.Alto Previdenza" (Linea Garantita)** ____ %
- al **Fondo Interno "LVA Dinamico Previdenza" (Linea Azionaria)** ____ %

OPPURE

☐ **Programma automatico Life Cycle** (mettere una crocetta per attivare il Programma)
Nel caso si attivi il Life Cycle, il versamento verrà ripartito automaticamente secondo le percentuali indicate in allegato alle Condizioni Generali di contratto.

Investimento
Il versamento, ripartito secondo la richiesta dell'aderente, al netto del caricamento, verrà investito nella Gestione Separata e/o convertito in quote del Fondo Interno, in conformità con quanto riportato nelle Condizioni Generali di contratto.

FAC-SIMILE

MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO (da parte dell'aderente)

Ti ricordiamo di compilare la presente sezione solamente nel caso in cui non sia presente un terzo pagatore.

BONIFICO BANCARIO sul conto corrente intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

☐ Tramite la Banca _____

CODICE IBAN _____
(intestato all'Aderente)

CRO _____
Copia della disposizione deve essere allegata al presente modulo

a favore di Alleanza Assicurazioni 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 all'Aderente e a bonificare contestualmente l'importo a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Codice IBAN I T _ _ _ 0 3 0 7 5 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Versamento dei premi successivi

MAV	☐
S.D.D.	☐

Utilizzare la modalità di pagamento tramite MAV solo in caso di frazionamento annuale. In caso di modalità di pagamento tramite S.D.D. ti ricordiamo di compilare il "Mandato per addebito diretto SEPA – S.D.D." che trovi in allegato al presente Modulo di adesione.

MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO (da parte del terzo pagatore)

Se hai compilato la tabella "Eventuale terzo pagatore" presente a pagina 5, ti ricordiamo di compilare la presente sezione. Se il terzo pagatore coincide con l'esecutore devono essere stati compilati anche tutti i relativi dati presenti a pagina 4.

BONIFICO BANCARIO sul conto corrente intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

☐ Tramite la Banca _____

CODICE IBAN _____
(intestato al terzo pagatore)

CRO _____
Copia della disposizione deve essere allegata al presente modulo

a favore di Alleanza Assicurazioni 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 al terzo pagatore e a bonificare contestualmente l'importo a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Codice IBAN I T _ _ 0 3 0 7 5 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Versamento dei premi successivi

S.D.D. ☐

Unica modalità di pagamento prevista in caso di terzo pagatore. Ti ricordiamo di compilare il "Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D." che trovi in allegato al presente Modulo di adesione.

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE DEL TERZO PAGATORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni, che il c.c. sopra indicato è a me intestato.

Data _____ Luogo _____

Firma dell'EVENTUALE TERZO PAGATORE

✔

Firma obbligatoria se presente un terzo pagatore.

Contributo da parte del datore di lavoro

Bonifico a favore di Alleanza Assicurazioni S.p.A. sul seguente codice IBAN
IT 95 K 03075 61800 CC0020000402 presso Banca Generali di Mogliano Veneto, indicando nella causale "cognome e nome dell'aderente e numero di contratto".

Prima di effettuare i versamenti l'azienda dovrà attendere la comunicazione con le modalità operative di contribuzione.

Alleanza Assicurazioni S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta:

- Assegno bancario tratto sulla filiale di Banca Generali S.p.A. presso la quale viene effettuato il versamento e assegno circolare emesso dalle filiali di Banca Generali S.p.A.: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Generali S.p.A. da parte della Società;
- Assegno bancario/circolare tratto/emesso da/su altre banche: 1 giorno lavorativo decorrente dalla data di presentazione del titolo a Banca Generali S.p.A. da parte della Società;
- Bonifico bancario/disposizione di addebito permanente/rimessa interbancaria diretta: uguale a quella riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Generali S.p.A.

8 〉 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE

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

9 〉 RECESSO DAL CONTRATTO

L'Aderente può recedere dal contratto oggetto del presente Modulo di adesione 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 l'Aderente ha avuto notizia dell'accettazione del Modulo di adesione da parte della Compagnia. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà all'Aderente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

FAC-SIMILE

10 〉INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali[1], da Lei forniti o acquisiti da terzi, sono trattati da Alleanza Assicurazioni Spa (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

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

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

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

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

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

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

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano (MI), privacy@alleanza.it. o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

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

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

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

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

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.alleanza.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, , dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

FAC-SIMILE

11 〉 I MIEI CONSENSI PRIVACY

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 dell'aderente.

☐ 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 dell'aderente.
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

12 〉 LE TUE DICHIARAZIONI

DICHIARAZIONE U.S. PERSON DELL'ADERENTE

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 dall'Aderente o dall'Esecutore, 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 dell'Aderente. Da compilare barrando obbligatoriamente una delle due caselle:

Io sottoscritto, in qualità di Aderente, dichiaro di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allego apposito "Form W-9".	☐ NO ☐ SÌ

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

FAC-SIMILE

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 dall'Aderente o dall'Esecutore, 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 Aderente dichiaro: Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia	☐
di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifico i seguenti dettagli	☐

PAESE	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO DEL SOGGETTO
PAESE	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO DEL SOGGETTO
PAESE	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO DEL SOGGETTO
PAESE	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO DEL SOGGETTO

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

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Titolare Effettivo* dell'aderente

Io sottoscritto Aderente 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.

* 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 generali di contratto.

DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

Io sottoscritto Aderente (o suo Esecutore) **DICHIARO**:

- di aver ricevuto il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. IVASS n. 40/2018) nei casi previsti dalla normativa vigente e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. IVASS n.40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore (conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. IVASS n.40/2018);
- di aver ricevuto la Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e l'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni Generali di Contratto di BG Previdenza Attiva, e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.bgvita.it;
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (**per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la "Scheda dei costi"**);
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
  - sulle informazioni contenute nella Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa e nell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità';
  - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa;
  - in merito al paragrafo 'Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione', nella Scheda 'Presentazione' della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' della Nota informativa redatto in conformità alle Istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
  - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.bgvita.it;
  - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento
- di aver sottoscritto il "Questionario di autovalutazione" (tranne in caso di adesione di un minore).
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, la società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale, la società ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

Confermo, pertanto, sotto la mia personale responsabilità, la veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni riportate nel presente Modulo ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti, con l'**impegno a comunicare prontamente** alla Compagnia ogni eventuale modifica e/o aggiornamento delle informazioni fornite.

Firma dell'ADERENTE o dell'eventuale ESECUTORE
✔

Firma obbligatoria

FAC-SIMILE

IDENTIFICAZIONE DELL'ADERENTE 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	
✔	

FAC-SIMILE

N° adesione: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dall'aderente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int.

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

in qualità di aderente 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.

FAC-SIMILE

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

Denominazione sociale beneficiario _____

	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)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto con l'aderente	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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 dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Febbraio 2025

N° adesione: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Dichiarazione resa dall'aderente o dal suo esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. ed int.

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

in qualità di aderente 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.

FAC-SIMILE

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

Denominazione sociale beneficiario _____

	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)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto con l'aderente	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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 dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Febbraio 2025

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	

FAC-SIMILE

N° adesione: _____ _____

BG VITA

GENERALI

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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

BANCA DEL DEBITORE

Banca _____

Agenzia _____

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

												Numero Proposta / Polizza									
7	6	5	2	3	9	0	0	0	0	0	0										

Dati del creditore

Nome/ragione sociale: Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Codice Fiscale 10908160012

Codice identificativo: IT33002000010908160012

Indirizzo: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano (MI), ITALIA

Dati del debitore (l'Aderente o il terzo pagatore)

FAC-SIMILE

Nome e cognome _____

Codice fiscale

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

Documento identificativo dell'intestatario del conto corrente:

☐ Carta d'identità — Numero documento

☐ Patente — Data rilascio

☐ Passaporto — Data fine validità

☐ Altro _____

Autorità e località di rilascio

Dati dell'Aderente (da compilare **solo** in caso di terzo pagatore)

Nominativo dell'aderente:

Nome e cognome _____

Codice fiscale

Aggiornamento: Febbraio 2025

N° adesione: _____ _____

BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 IL TUO QUESTIONARIO | 2 I TUOI DATI | 3 DATI DELL'AZIENDA | 4 ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE A CUI SI È GIÀ ADERITO | 5 ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA | 6 I BENEFICIARI | 7 DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO | 8 REVOCABILITÀ DELL'ADESIONE | 9 RECESSO DAL CONTRATTO | 10 INFORMATIVA | 11 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 12 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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

Conferimento

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni 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 Alleanza Assicurazioni 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 debitore

Firma dell'aderente (in caso di debitore diverso dall'aderente)

FAC-SIMILE

Note:

1) I documenti di debito (fattura, ricevute, bollette, etc.) che danno luogo agli ordini di incasso elettronici (nonché le eventuali proroghe di scadenza) verranno inviati direttamente dall'Azienda al debitore.
2) Il sottoscrittore del modulo deve essere sempre persona fisica, che coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

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 - bgvita@bgvita.it** - **www.bgvita.it**

Aggiornamento: Febbraio 2025

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