

N° adesione: _____

Agenzia: Banca Generali

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



BG VITA

BG PREVIDENZA ATTIVA PREMIUM

Piano individuale pensionistico di tipo assicurativo - Fondo pensione
Iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5106
Istituito da Alleanza Assicurazioni S.p.A.

MODULO DI ADESIONE

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)
- Documento conforme al modello di cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018



- **Modulo di adesione BG Previdenza Attiva Premium**

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 PREMIUM - 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 PREMIUM

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

Scopri tutti gli **approfondimenti** relativi al tuo Piano individuale pensionistico "BG Previdenza Attiva Premium". Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

APPROFONDIMENTI



N° adesione: _____

CDG dell'Aderente: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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")?

- SÌ
- 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?

- SÌ
- NO

Congruietà 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 la risposta fornita alla domanda n. 3 sia coerente con la risposta fornita alla domanda n. 8 e anche con l'età pensionabile di vecchiaia fornita a pagina 5.

È necessario che la risposta fornita alla domanda n. 8 sia coerente con la risposta fornita alla domanda n. 3 e anche con l'età pensionabile di vecchiaia fornita a pagina 5.

N° adesione: _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Questionario di autovalutazione - Dichiarazione dell'Aderente

Data _____ Luogo _____

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.

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

Firma dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



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

[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.

Firma dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



FAC-SIMILE

N° adesione: _____

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

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		<input type="checkbox"/> Procura/Delega <input type="checkbox"/> Provvedimento giudice tutelare <input type="checkbox"/> Docum. d'identità del minore <input type="checkbox"/> Autocertificazione di stato di famiglia <input type="checkbox"/> 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? <small>(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)</small>	<input type="checkbox"/> Politico/Istituzionale <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Associazioni <input type="checkbox"/> Fondazioni <input type="checkbox"/> No	
Solo se attualmente pensionato indicare il codice professione		
		Rapporto tra esecutore e aderente <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) _____

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 minorenni 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.

N° adesione: _____

CDG del Terzo Pagatore: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Nel caso di soggetto pagatore diverso dall'aderente, occorre compilare la seguente tabella. Ti ricordiamo inoltre di compilare la sezione "Modalità di versamento dei contributi (da parte del terzo pagatore)" presente a pag. 7 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	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Rapporto tra terzo pagatore e aderente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il "terzo pagatore"?

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



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



ETÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PENSIONISTICHE

Età pensionabile di vecchiaia _____ anni

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

ATTENZIONE: ti ricordiamo che si può richiedere il pagamento della prestazione pensionistica complementare se si hanno almeno 5 anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari e a condizione che siano maturati i requisiti di accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



3 > DEFINISCI IL TUO PIANO PREVIDENZIALE



DATI CONTRIBUTIVI DELL'ADERENTE (contribuzione volontaria)

Frazionamento annuale Importo annuale €

Frazionamento mensile Importo mensile €

Puoi scegliere di aderire anche o soltanto tramite:

- **la tua azienda** compilando i dati richiesti alla **Sezione 4**;
- **trasferimento** da altra forma pensionistica complementare compilando i dati richiesti alla **Sezione 6**.



COMPONI IL TUO INVESTIMENTO

È possibile scegliere di investire nella gestione separata "Ri.Alto Previdenza" e/o nel Fondo Interno "Obbligazionario Previdenza Attiva Premium" e/o nel Fondo interno "Azionario Previdenza Attiva Premium".

Indicare le percentuali intere di ripartizione:

- "Ri.Alto Previdenza" (gestione separata categoria garantita) %

- "Obbligazionario Previdenza Attiva Premium" (Fondo interno categoria obbligazionaria) %

- "Azionario Previdenza Attiva Premium" (Fondo interno categoria azionaria) %

100 %

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.



ASSICURAZIONI ACCESSORIE FACOLTATIVE

SOLO IN CASO DI CONTRIBUTIONE VOLONTARIA (NO TRAMITE AZIENDA) è possibile scegliere l'attivazione delle seguenti assicurazioni accessorie "Tutela Autonomia Premium Plus", "Tutela Salute Premium" e "Tutela Salute Premium Plus".

"Tutela Salute Premium" può essere attivata solo in combinazione con "Tutela Autonomia Premium" o "Tutela Autonomia Premium Plus".

ASSICURAZIONE ACCESSORIA "TUTELA AUTONOMIA PREMIUM PLUS"

Seleziona uno solo tra i seguenti importi di rendita vitalizia:

€ 6.000,00 € 9.000,00 € 12.000,00

Puoi scegliere di proteggerti ulteriormente in caso di perdita dell'autosufficienza e anche di tutelarti in caso di invalidità a seguito di malattia grave.

Puoi richiedere un incremento dell'assicurazione accessoria obbligatoria "Tutela Autonomia Premium" scegliendo fra 3 diversi livelli di copertura. In caso di non autosufficienza l'importo della rendita corrispondente potrà quindi essere pari a € 6.000,00 oppure € 9.000,00 oppure € 12.000,00.

ASSICURAZIONE ACCESSORIA "TUTELA SALUTE PREMIUM"

Seleziona una sola tra le seguenti coperture:

TUTELA SALUTE PREMIUM TUTELA SALUTE PREMIUM PLUS

Puoi richiedere di attivare un'assicurazione accessoria contro il rischio di invalidità per insorgenza di malattia grave.

Tutela Salute Premium
 In base all'età ti verrà corrisposto quanto segue:
 - fino a 49 anni e 6 mesi, **€ 10.000**
 - oltre 49 anni e 6 mesi fino a 59 anni e 6 mesi, **€ 5.000**
 - oltre 59 anni e 6 mesi fino a 67 anni, **€ 3.000**

Tutela Salute Premium Plus
 In base all'età ti verrà corrisposto quanto segue:
 - fino a 49 anni e 6 mesi **€ 20.000**
 - oltre 49 anni e 6 mesi fino a 59 anni e 6 mesi, **€ 10.000**
 - oltre 59 anni e 6 mesi fino a 67 anni, **€ 6.000**

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



4 > ADESIONE TRAMITE AZIENDA



DATI DELL'AZIENDA

È possibile contribuire a BG Previdenza Attiva Premium anche o soltanto attraverso il proprio datore di lavoro.

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	

FAC-SIMILE

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.

Valuta riconosciuta ai mezzi di pagamento

Alleanza Assicurazioni S.p.A. provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra (Bonifico bancario e S.D.D.) la medesima valuta riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Generali S.p.A.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



5 > 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 PREMIUM.

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

Denominazione altra forma pensionistica _____

Numero di iscrizione all'albo tenuto dalla COVIP _____

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

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 Premium) 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.

6 > ADESIONE TRAMITE TRASFERIMENTO DA ALTRA FORMA PENSIONISTICA

Io sottoscritto aderente dichiaro di aderire a BG Previdenza Attiva Premium 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 5 "Altra forma pensionistica complementare a cui si è già aderito". Ti ricordiamo di allegare il "Modulo di richiesta di trasferimento a BG Previdenza Attiva Premium" 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 Premium anche attraverso dei contributi programmati è necessario compilare il campo **"Dati contributivi dell'aderente"** presente all'interno della sezione 3.

N° adesione: _____

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



7 > I BENEFICIARI

Qualora si vogliono 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)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Rapporto tra beneficiario e aderente*	<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) _____	<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) _____

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.

* 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.: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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*	<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"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

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.

OPPURE



BENEFICIARI CASO MORTE GENERICI

Gli eredi legittimi dell'Aderente	<input type="checkbox"/> A
Gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Aderente	<input type="checkbox"/> 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.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



8 › REVOCA DELL'ADESIONE

La presente adesione può essere revocata, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi a mezzo lettera raccomandata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV), indicando "Revoca" sulla busta o tramite PEC all'indirizzo bgvita@pec.bgvita.it. Le somme eventualmente pagate dall'Aderente saranno restituite entro trenta 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 lettera raccomandata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV). 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 dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

FAC-SIMILE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



10 › I MIEI CONSENSI PRIVACY

Consenzi 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

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'aderente.

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

Acconsento Non acconsento

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

FAC-SIMILE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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



ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Scopo e natura del rapporto continuativo

Previdenza e Protezione

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.



ORIGINE DEI FONDI

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

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

Paese di provenienza delle somme versate (solo se diverso dall'Italia):

Da compilare obbligatoriamente a cura dell'aderente o dell'eventuale esecutore.

Il campo "Paese di provenienza delle somme versate" deve essere obbligatoriamente compilato a cura dell'aderente, solo se diverso dall'Italia.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



INFORMATIVA VIA WEB

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

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

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

INDIRIZZO E-MAIL (obbligatorio in caso di adesione al presente servizio)

NUMERO CELLULARE (opzionale, per ricevere messaggi di conferma)

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

A tal fine:

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

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

Firma dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



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

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



DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

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

- di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di adesione, il documento con l'informativa sul distributore, conforme al modello di cui all'Allegato 3 del Regolamento 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 Premium, 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;

N° adesione: _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



- 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;
- dopo aver preso visione dell'informativa in Allegato alle Condizioni generali 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.

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



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



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: Giugno 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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.



Denominazione sociale beneficiario

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

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì			
Rapporto con l'aderente	<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 dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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.



Denominazione sociale beneficiario

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

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Nome				
Cognome				
Data di nascita				
Comune di nascita				
Provincia di nascita				
Stato di nascita (se diverso da Italia)				
Persona Politicamente Esposta (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì			
Rapporto con l'aderente	<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 dell'ADERENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

N° adesione: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

FAC-SIMILE

BG VITA è un marchio commerciale di 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: Giugno 2025

N° adesione: _____



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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: Giugno 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