

Agenzia: Banca Generali

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



# BG VITA

## BG LIFECARE

### MODULO DI PROPOSTA SENZA VISITA MEDICA

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



- Set Informativo
- Documenti informativi richiesti in cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018



- **Modulo di proposta BG LifeCare**

#### Allegati



- **Titolare effettivo dei rapporti continuativi del contraente persona giuridica** A cura dell'eventuale esecutore (da allegare nel caso in cui il contraente sia una persona giuridica)
- **Titolare effettivo del beneficiario persona giuridica** A cura del contraente o dell'eventuale esecutore (da allegare nel caso in cui il beneficiario sia una persona giuridica)
- **Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.**
- **Professione**

Dopo la compilazione la proposta deve essere fotocopiata in 3 esemplari

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

**OPZIONI**



**APPROFONDIMENTI**



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



# 1 > I TUOI DATI



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

**A cosa servono i tuoi dati?**  
 Ci consentono di riconoscerti e verificare la tua identità, per tutelare la tua sicurezza e rispettare la normativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione.

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

**Chi è l'esecutore?**  
 È il soggetto (solo persona fisica) al quale sono stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del contraente. In caso di persona giuridica, l'esecutore è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica, l'esecutore è il tutore/curatore/amministratore di sostegno. Devono essere sempre allegati al presente modulo i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale recente (max 3 mesi), provvedimento giudice tutelare).

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

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

\* Se persona fisica. \*\* Se persona giuridica/ente.  
 \*\*\* Il domicilio corrisponde all'indirizzo di residenza sopraindicato, salvo diversa dichiarazione del Cliente.

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

CDG dell'assicurando: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

## 2 > L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI

ASSICURANDO (compilare solo se diverso dal contraente)	Chi è l'assicurando? È la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto e quindi su cui grava il rischio.
Nome	
Cognome	
Codice fiscale	
Documento d'identità (tipologia)	
Numero Documento	
Autorità rilascio	
Luogo rilascio	
Data rilascio	
Data scadenza	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Provincia di nascita	
Stato di nascita (se diverso da Italia)	
Prima Cittadinanza	
Seconda Cittadinanza (se presente)	
Indirizzo di residenza*	
Comune	
Provincia	
CAP	
Stato (se diverso da Italia)	
Rapporto tra assicurato e contraente	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Motivazioni dell'individuazione di un assicurato diverso dal contraente (da compilare obbligatoriamente)	_____ _____ _____

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

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 1 p.f.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 2 p.f.: \_\_\_\_\_

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA FISICA**

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

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

**BENEFICIARI CASO MORTE**

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

?

**Chi è il beneficiario?**  
È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

?

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

?

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

?

**Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.**

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

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## BENEFICIARI CASO MORTE

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

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

**A cosa serve il recapito?**

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

**Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.**

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

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## BENEFICIARI CASO MORTE

	BENEFICIARIO 5	BENEFICIARIO 6	
Nome e Cognome*			<b>Chi è il beneficiario?</b> È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.
% Beneficiario* (no decimali)			
Data di nascita*			<b>La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati dal contraente deve dare un totale di 100%.</b>
Comune di nascita*			
Provincia di nascita*			
Stato di nascita (se diverso da Italia)			
Codice fiscale*			
<b>Recapito*</b> Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)			<b>A cosa serve il recapito?</b> È l'informazione che ci consente di contattare più agevolmente il beneficiario al fine di erogargli la prestazione assicurativa.
Telefono/Cellulare			
E-mail			
<b>Persona Politicamente Esposta*</b> <small>(la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo, di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)</small>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	
<b>Rapporto tra beneficiario e contraente*</b>	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficenza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<b>Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.</b>

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

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 1 p.g.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 2 p.g.: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA**

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

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

**Se hai indicato un beneficiario persona giuridica, ti ricordiamo di compilare l'allegato "Titolare effettivo del beneficiario persona giuridica".**

**BENEFICIARI CASO MORTE**

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

**Chi è il beneficiario?**  
È la persona giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.

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

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



### BENEFICIARI CASO "CRITICAL ILLNESS"

**L'assicurato stesso**  
 (qualora venga selezionata l'assicurazione complementare "Critical Illness")

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

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



### REFERENTE TERZO

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

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



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

FAC-SIMILE



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO**

**Versamento del premio di perfezionamento**

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

Tramite la Banca

CODICE IBAN

(intestato al contraente)

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 al contraente, con la valuta prevista per la presente operazione

Codice IBAN

**Versamento dei premi successivi**

MAV

S.D.D.

FAC-SIMILE

  
Compilare il mandato S.D.D., unica modalità di pagamento prevista in caso di frazionamento mensile.  
In caso di contraente persona giuridica, nel mandato S.D.D. deve essere indicato il conto di addebito IBAN della persona giuridica.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 4 > IL TUO STATO DI SALUTE



### QUESTIONARIO SANITARIO A CURA DELL'ASSICURANDO

**Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:**

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

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

1. In funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore", barra la casella corrispondente:

1a Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione del presente Modulo di proposta e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

SI

OPPURE

1b Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare da meno di due anni.

SI

Preciso quante sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

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

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

Se la risposta è SI:

3.1 Soffri o hai mai sofferto di Iperlipidemia?

NO

PA ≤ 140/90

140/90 < PA < 160/100

PA ≥ 160/100

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

3.2 Soffri o hai mai sofferto di Ipercolesterolemia?

NO

RAPPORTO < 5

5 ≤ RAPPORTO < 6

6 ≤ RAPPORTO < 7

RAPPORTO ≥ 7

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

3.3 Soffri o hai mai sofferto di Diabete?

NO  SI

3.4 Soffri o hai mai sofferto di Ipotiroidismo con assunzione di Eutirox o affini?

NO  SI

3.5 Soffri o hai mai sofferto di Schizofrenia, Depressione Maggiore o Depressione Bipolare?

NO  SI

3.6 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie Psichiche e/o malattie Neurologiche?

NO  SI

3.7 Soffri o hai mai sofferto di Tumore maligno, Angina Pectoris, Attacco Ischemico Transitorio, Ictus, Infarto Miocardico, Cirrosi Epatica, Infezione da HIV, Covid-19 con ricovero ospedaliero o con sequele o guarigione da meno di 30 giorni?

NO  SI

3.8 Soffri o hai mai sofferto di altre malattie fisiche?

NO  SI

4. Il tuo peso ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni? (escluso stato di gravidanza)

NO  SI

5. Ti sei mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di malattia?

NO  SI

Le situazioni di malattia non comprendono:

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



- 6.** Fai uso abituale di farmaci?  NO  SI  
 Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS.  
 Se la risposta è SI:
- 6.1** Eutirox, farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete  NO  SI  
**6.2** Farmaci per altre patologie  NO  SI
- 7.** Abusi e/o hai mai fatto abuso in passato di alcol e/o fai uso o hai fatto uso di sostanze stupefacenti?  NO  SI  
 Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica: vino 1 bicchiere 125 ml; birra a gradazione normale 1/2 pinta 300 ml; superalcolico 1 bicchierino 30 ml.  
 Se la risposta è SI:
- 7.1** Alcol  NO  SI  
**7.2** Sostanze stupefacenti  NO  SI  
**7.3** Cannabinoidi  NO  SI

Nome e cognome del medico curante  
 \_\_\_\_\_

Indirizzo del medico curante  
 \_\_\_\_\_

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

- 1.** Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni alle quali hai risposto SI:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 2.** Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI NON FUMATORE**

**I sottoscritti contraente e assicurando dichiarano:**

- a.** che l'assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b.** che sussiste pertanto il requisito che consente al contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c.** che, qualora l'assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c), la Compagnia si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'art. 6 "Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Ti raccomandiamo di firmare obbligatoriamente la dichiarazione in oggetto qualora hai precedentemente indicato il tuo status di "non fumatore".

Nome e cognome del contraente o dell'eventuale ESECUTORE	Firma del contraente o dell'eventuale ESECUTORE
_____	_____

Nome e cognome dell'ASSICURANDO (se diverso dal contraente)	Firma dell'ASSICURANDO (se diverso dal contraente)
_____	_____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 5 > REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

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

## 6 > RECESSO DAL CONTRATTO

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

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al contraente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

## 7 > CONDIZIONI DI GARANZIA

La sottoscritta Società Alleanza Assicurazioni S.p.A. accorda col presente atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento ovvero dal giorno di valuta riconosciuto alla Compagnia dell'importo sopra indicato, la copertura del rischio di cui alla presente proposta e relativi allegati che qui si intendono integralmente richiamati, fatte salve le condizioni di carenza per i contratti senza visita medica o che restano riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

## 8 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consenso al trattamento dei dati particolari

Autorizzo il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (v), utile all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Autorizzo

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del contraente o dell'assicurando se diverso dal contraente.

### Consenso commerciali e di profilazione commerciale

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

Acconsento  Non acconsento

Da compilare obbligatoriamente a cura del contraente.

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 9 > LE TUE DICHIARAZIONI



### ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

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

#### Scopo e natura del rapporto continuativo

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

Protezione

#### Titolare Effettivo\* del Contraente

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

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

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

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

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

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

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

- il Set informativo che si compone del Documento informativo precontrattuale Vita (DIP VITA) e del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d’investimento assicurativi, delle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, e del fac-simile del Modulo di proposta.
- il documento con l’informativa sul distributore conforme al modello di cui all’Allegato 3 del Regolamento Ivass n. 40/2018.



**DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE**

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

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

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

- di **prosciogliere** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni mi sono o posso sottoporre sia prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, nonché i Ospedali, i Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell’evento, Anziché Assicurazioni creda di rivolgersi, espressamente autorizzando ed invitando a trasmettere ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o assicurativi;
- ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise, complete e aggiornate e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all’interno del presente modulo assumendomi ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta, di accettare le Condizioni di Assicurazione previste nel “Set informativo”.

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

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

Firma obbligatoria

Firma dell’**ASSICURANDO** (se diverso dal contraente)

Firma obbligatoria se l’assicurando è diverso dal contraente.

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, che il presente modulo è stato correttamente compilato e di aver identificato i soggetti di cui trattasi ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni confermando che i relativi documenti di identità da me visionati risultano leggibili (testo e foto).

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

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

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

FAC-SIMILE

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



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

Aggiornamento: Giugno 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEI RAPPORTI CONTINUATIVI DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto

COGNOME

NOME

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

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

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

**Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Compagnia**

Fornisco le seguenti ulteriori informazioni:

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Indico di seguito la documentazione fornita alla Compagnia:

(vedi allegata documentazione)



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

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

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

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

Firma dell'ESECUTORE

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

FAC-SIMILE

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	

Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE

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



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

Aggiornamento: Giugno 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

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

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

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

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

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

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

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

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

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

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

N° proposta con copertura provvisoria: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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



Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
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](mailto:bgvita@pec.bgvita.it) - [bgvita@bgvita.it](mailto:bgvita@bgvita.it) - [www.bgvita.it](http://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

Agenzia: Banca Generali

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

# BG VITA

## BG LIFECARE

### MODULO DI PROPOSTA CON VISITA MEDICA

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



- Set Informativa
- Documenti informativi richiesti in cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018



- **Modulo di proposta BG LifeCare**

#### Allegati



- **Titolare effettivo dei rapporti continuativi del contraente persona giuridica** A cura dell'eventuale esecutore (da allegare nel caso in cui il contraente sia una persona giuridica)
- **Titolare effettivo del beneficiario persona giuridica** A cura del contraente o dell'eventuale esecutore (da allegare nel caso in cui il beneficiario sia una persona giuridica)
- **Mandato per addebito diretto SEPA - S.D.D.**
- **Professione**

Dopo la compilazione la proposta deve essere fotocopiata in 3 esemplari

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

**OPZIONI**



**APPROFONDIMENTI**



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



# 1 > I TUOI DATI



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

### A cosa servono i tuoi dati?

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

### Chi è il contraente?

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

### Chi è l'esecutore?

È il soggetto (solo persona fisica) al quale sono stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del contraente. In caso di persona giuridica, l'esecutore è il legale rappresentante/procuratore/delegato; in caso di persona fisica, l'esecutore è il tutore/curatore/amministratore di sostegno. Devono essere sempre allegati al presente modulo i documenti comprovanti i poteri dell'esecutore (procura/delega, delibera assemblea/C.d.A., statuto, visura camerale recente (max 3 mesi), provvedimento giudice tutelare).

### A cosa serve l'indirizzo di corrispondenza?

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

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

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

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

N° proposta: \_\_\_\_\_

CDG dell'assicurando: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

## 2 > L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI

### ASSICURANDO

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

**Chi è l'assicurando?**

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

FAC-SIMILE

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

N° proposta: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 1 p.f.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 2 p.f.: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA FISICA**

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

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

### BENEFICIARI CASO MORTE

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

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

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

**A cosa serve il recapito?**

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

**Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.**

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

N° proposta: \_\_\_\_\_

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## BENEFICIARI CASO MORTE

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

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

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

**A cosa serve il recapito?**

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.

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

N° proposta: \_\_\_\_\_

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## BENEFICIARI CASO MORTE

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

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

**A cosa serve il recapito?**

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

**Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.**

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

N° proposta: \_\_\_\_\_

CDG del beneficiario 1 p.g.: \_\_\_\_\_ CDG del beneficiario 2 p.g.: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DA COMPILARE SE BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA**

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

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

**Se hai indicato un beneficiario persona giuridica, ti ricordiamo di compilare l'allegato "Titolare effettivo del beneficiario persona giuridica".**

**BENEFICIARI CASO MORTE**

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

**Chi è il beneficiario?**  
È la persona giuridica avente diritto alla prestazione assicurata.

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

Barrare obbligatoriamente solo una delle opzioni riportate.

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

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**BENEFICIARI CASO "CRITICAL ILLNESS"**

**L'assicurato stesso**  
 (qualora venga selezionata l'assicurazione complementare "Critical Illness")

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

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



**REFERENTE TERZO**

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

**Chi è il referente terzo?**

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

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

FAC-SIMILE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



### 3 > DEFINISCI LA TUA TUTELA

Nome Prodotto	<input type="checkbox"/> Prodotto 0476V /BG LifeCare non fumatori ed. 04/2018 <input type="checkbox"/> Prodotto 0476W /BG LifeCare fumatori ed. 04/2018
Capitale assicurato	€ _____
Durata del contratto	<input type="text"/> <input type="text"/> cifre                      lettere
Assicurazioni Complementari	<input type="checkbox"/> Assicurazione complementare "Critical Illness" <input type="checkbox"/> 50% oppure <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Assicurazione Complementare per il caso di Morte Accidentale (A.C.M.A.) e per il caso di Decesso per infortunio conseguente ad Incidente stradale (A.C.M.A. - I.S.)
Frazionamento del premio	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> mensile (solo con S.D.D.)
Premio annuo*	€ _____
Rata di perfezionamento*	€ _____
	* di cui per le assicurazioni complementari _____

#### Status dell'Assicurando

Il contraente, al momento della sottoscrizione del presente Modulo di proposta, deve indicare nella presente tabella lo stato di "non fumatore" o "fumatore" dell'Assicurando.

#### Personalizza la tua protezione

Puoi scegliere di attivare le coperture complementari "Critical Illness" (50% o 100%) e ACMA-IS che tutelano i tuoi cari in caso di insorgenza di malattia grave (cancro, ictus, infarto) e di decesso a seguito di infortunio/incidente stradale. Puoi scegliere di attivare entrambe le coperture complementari, non essendo le stesse esclusive fra di loro.

#### Frazionamento del premio

Il frazionamento del premio può essere annuale, semestrale o mensile. Il versamento del premio annuale oppure della prima rata semestrale o mensile deve essere effettuato dalla sottoscrizione della proposta.

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



#### ORIGINE DEI FONDI

Il contraente 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                     |   |



#### MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI SUCCESSIVI

MAV	<input type="checkbox"/>
S.D.D.	<input type="checkbox"/>

Compilare il mandato S.D.D., unica modalità di pagamento prevista in caso di frazionamento mensile. In caso di contraente persona giuridica, nel mandato S.D.D. deve essere indicato il conto di addebito IBAN della persona giuridica.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 4 > IL TUO STILE DI VITA

**1** In funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore", barrare la casella corrispondente:

1a. Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione del presente modulo di proposta e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente. **SI**

OPPURE

1b. Dichiaro di fumare o di aver smesso di fumare da meno di due anni. **SI**  
 Precisare quante sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

**2** Si reca in paesi pericolosi per clima e/o situazione politico-militare? **SI** **NO**  
 Se SI, precisare dove: \_\_\_\_\_

**3** Indichi il suo reddito annuo da lavoro:

≤ € 20.000  
 da € 20.001 fino a € 50.000  
 da € 50.001 fino a € 75.000  
 da € 75.001 fino a € 100.000  
 oltre € 100.000

**4** Ha in vigore altre polizze di assicurazione sulla sua persona con coperture in caso di morte? **SI** **NO**  
 Se SI indichi la somma assicurata, la data di scadenza e a quali condizioni sono state accettate (normale, tarato, con SP professionale/residenziale, con limitazione geografica, con riduzione di durata, con esclusioni/quali, posticipato).

**5** Ha mai sottoscritto una polizza di assicurazione sulla vita, a copertura di malattie gravi (Dread Disease), invalidità, infortuni, o interventi a lungo periodo (Long Term Care) che sia stata rifiutata, rinviata o che non sia stata accettata a condizioni normali? **SI** **NO**  
 Se SI per favore dia dettagli \_\_\_\_\_

**6** Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre assicurazioni sulla persona? **SI** **NO**  
 Se SI, quali e per quale somma assicurata: \_\_\_\_\_

Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza della domanda 1a) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto non fumatore.  
 Ti raccomandiamo di barrare "SI" in corrispondenza della domanda 1b) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto fumatore.

### DICHIARAZIONE DI NON FUMATORE

**I sottoscritti contraente e Assicurando dichiarano:**

- a. che l'assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b. che sussiste pertanto il requisito che consente al contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c. che, qualora l'assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c), la Compagnia si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'art. 6 "Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato" delle Condizioni di Assicurazione.

Ti raccomandiamo di firmare obbligatoriamente la dichiarazione in oggetto qualora hai precedentemente indicato il tuo status di "non fumatore".

Nome e cognome del contraente o dell'eventuale ESECUTORE	Firma del contraente o dell'eventuale ESECUTORE
Nome e cognome dell'ASSICURANDO (se diverso dal contraente)	Firma dell'ASSICURANDO (se diverso dal contraente)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**PROFESSIONE DELL'ASSICURANDO**

(si prega di sottolineare quella corrispondente se tra quelle indicate)

- 1** Libero professionista: titolare di azienda; commerciante o negoziante; appartenente alle forze armate (che non naviga, né vola); albergatore o operatore turistico; pensionato; benestante o studente; casalinga; insegnante o ministro del culto; dirigente; impiegato; agricoltore; autista senza guida di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; artigiano o operaio senza uso di macchine e senza accesso a tetti, impalcature, pozzi o miniere; fabbro o falegname; lavoratore edile con qualifica di sorvegliante; capo-mastro, capo operaio; chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie non esplosive; funzionario di Pubblica Sicurezza, Carabiniere da Maggiore incluso, Guardia di Finanza da Sottotenente incluso.
- 2** Autista di autocarri di portata maggiore di 35 q.li; ruspista, escavatorista, trattorista; addetto ai lavori di tornitura, fresatura, politura; elettricista su linee con tensione maggiore di 380 volt; fonditore; vetraio soffiatore o tagliatore; lavoratore edile con accesso ad impalcature o tetti; operaio portuale che lavora su scali, stive e navi in genere; minatore con lavoro in cave o lavoro saltuario in pozzi, senza uso di esplosivo; appartenente ai corpi di: Pubblica Sicurezza, Carabinieri, Guardia di Finanza, Agenti di custodia, Vigili del Fuoco ed Urbani armati; addetti alla vigilanza armata; marittimo o pescatore di mare; tecnico di radiologia.
- 3** Minatore con uso di esplosivo.
- 4** Chimico (tecnico laureato) addetto alla fabbricazione di materie esplosive.
- 5** Chimico (altro personale) addetto alla fabbricazione di materie prime venefiche o esplosive.

**Altro** (precisare dettagliatamente)

Qual è stata la sua professione o mestiere nel passato? \_\_\_\_\_

Ha dovuto cambiare professione o mestiere per motivi di salute?  SI  NO

La Compagnia si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività professionale comunicata.

(La Compagnia stabilirà le condizioni di accettazione)



**ATTIVITÀ SPORTIVE DELL'ASSICURANDO**

(si prega di sottolineare quella corrispondente se tra quelle indicate)

- 1** Nessuna attività sportiva.
- 2** Calcio, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazione a gare e tornei, sci, tennis, caccia, pesca, nuoto, escursionismo alpino, footing, baseball, pallacanestro, cricket, golf, squash, pallavolo, bocce, tutte esercitate in forma dilettantistica.
- 3** Alpinismo di qualsiasi grado purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee, speleologia, calcio nell'ambito della FIGC, rugby agonistico, sci agonistico, sci nautico agonistico, arti marziali agonistiche, attività subacquee con autorespiratore senza partecipazione a gare, pugilato dilettantistico, vela di altura, equitazione agonistica con e senza salto di ostacoli.
- 4** Ciclismo agonistico, sci d'alpinismo purché non in solitaria e con esclusione delle spedizioni extra europee.
- 5** Pugilato agonistico.
- 6** Volo con deltaplano non a motore o parapendio.

**Altro**

Livello professionistico

Livello amatoriale/dilettantistico

Partecipazione a gare

La Compagnia si riserva di richiedere la compilazione di ulteriori questionari in funzione dell'attività sportiva comunicata.

(La Compagnia stabilirà le condizioni di accettazione)



## 5 > REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

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

## 6 > RECESSO DAL CONTRATTO

Il contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Compagnia. Il contratto è concluso nel momento in cui il contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al contraente il premio corrisposto, al netto delle spese di emissione e dell'eventuale quota di premio relativa al rischio corso.

## 7 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consenso al trattamento dei dati particolari

Autorizzo il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (v), utile all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Autorizzo

### 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;

Acconsento  Non acconsento

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

Acconsento  Non acconsento

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

Da compilare obbligatoriamente a cura del contraente o dell'assicurando se diverso dal contraente.

Da compilare obbligatoriamente a cura del contraente.

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

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## 8 > LE TUE DICHIARAZIONI



### ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

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

#### Scopo e natura del rapporto continuativo

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

Protezione

#### Titolare Effettivo\* del Contraente

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

Ove il contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

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



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

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

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

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

- il Set informativo che si compone del Documento informativo precontrattuale Vita (DIP VITA) e del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d’investimento assicurativi, delle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, e del fac-simile del Modulo di proposta.
- il documento con l’informativa sul distributore conforme al modello di cui all’Allegato 3 del Regolamento Ivass n. 40/2018.



**DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE**

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

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

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

- di **prosciogliere** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni mediche ho o ho avuto accesso prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, nonché gli Ospedali, i Clinici, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di mezzi di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell’evento, Assitalia Assicurazioni creda di rivolgersi, espressamente autorizzando ed invitando la Compagnia a richiedere ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o assicurativi;
- ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere, precise, complete e aggiornate e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all’interno del presente modulo assumendomi ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;
- essendo consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione del presente Modulo di proposta, di accettare le Condizioni di Assicurazione previste nel “Set informativo”.

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

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

Firma obbligatoria

Firma dell’**ASSICURANDO** (se diverso dal contraente)

Firma obbligatoria se l’assicurando è diverso dal contraente.

N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

Dichiaro, sotto la mia personale responsabilità, che il presente modulo è stato correttamente compilato e di aver identificato i soggetti di cui trattasi ai sensi del D.Lgs. 231/2007 del 21 novembre 2007 e successive modifiche e integrazioni confermando che i relativi documenti di identità da me visionati risultano leggibili (testo e foto).

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

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

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

FAC-SIMILE

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



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

Aggiornamento: Giugno 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



# TITOLARE EFFETTIVO DEI RAPPORTI CONTINUATIVI DEL CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto

COGNOME

NOME

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

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

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

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

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

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

**Eventuali altre informazioni e documentazioni fornite alla Compagnia**

Fornisco le seguenti ulteriori informazioni:

N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



Indico di seguito la documentazione fornita alla Compagnia:

(vedi allegata documentazione)



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

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

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

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

Firma dell'ESECUTORE

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

FAC-SIMILE

Nome Consulente

Cognome Consulente

Codice

Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE

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



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

Aggiornamento: Giugno 2025

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

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

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

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

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

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

GUIDA ALLA COMPILAZIONE



## TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

in qualità di contraente o di suo esecutore - preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo del beneficiario persona giuridica sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

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

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

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

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

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

N° proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

FAC-SIMILE

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



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

Aggiornamento: 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