

Agenzia: Banca Generali

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

## BG OLTRE

## MODULO DI PROPOSTA

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



- Set Informativo



- **Modulo di proposta BG OLTRE**

### 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 dei beneficiari persona giuridica** A cura del contraente o dell'eventuale esecutore  
(da allegare nel caso in cui i beneficiari siano 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 OLTRE".  
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

OPZIONI



APPROFONDIMENTI





## 1 > I TUOI DATI

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

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

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

### 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.

Nº 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)	<hr/> <hr/> <hr/>

**BG** | OLTRÈ

PEOPLE, PLANET & DIGITAL TRANSFORMATION

Aggiornamento: Febbraio 2026

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

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

#### Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

Nº 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*				
Recapito* (Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)				
Telefono/Cellulare				
E-mail				
Persona Politicamente Esposta* (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

Nº 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*				
Recapito* (Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)				
Telefono/Cellulare				
E-mail				
Persona Politicamente Esposta* (la definizione di "Persona Politicamente Esposta" è presente all'interno dell'Informativa Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> Parentela <input type="checkbox"/> Rapporti di lavoro/affari <input type="checkbox"/> Affinità <input type="checkbox"/> Coniugio <input type="checkbox"/> Convivenza di fatto o unione civile <input type="checkbox"/> Relazione amicale <input type="checkbox"/> Beneficienza/liberalità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____		

**Chi è il beneficiario?**

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

Nº proposta: \_\_\_\_\_

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



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



**BG** | **OLTRE**  
PEOPLE, PLANET & DIGITAL TRANSFORMATION

## 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		
Nº iscrizione registro delle imprese o delle persone giuridiche (obbligatorio se in possesso)		
Ente registrazione (obbligatorio se in possesso di Nº 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.



**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**

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 i 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**



## 3 > DEFINISCI IL TUO INVESTIMENTO

Nome prodotto	DDBI1 / BG OLTRE
Premio unico	<input type="checkbox"/> Importo € _____ (min. € 2.500,00) <input type="checkbox"/> Importo derivante da disinvestimento Fondo/Polizza in scadenza o in differimento, stimato lordo di € _____

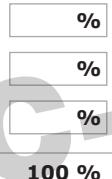


### COMPONI IL TUO INVESTIMENTO

Il contratto prevede un investimento del 10% in gestione separata e del 90% in fondi interni.

Indicare di seguito in quali fondi interni si intende investire. La somma tra i tre fondi deve dare 100% (NO DECIMALI).

**Fondo interno "Digital Transformation"**



**Fondo interno "People"**

**Fondo interno "Planet"**

Devi indicare sempre in quali fondi interni desideri investire; da un minimo di un fondo interno fino a tutti e tre.



### ORIGINE DEI FONDI

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

- Reddito da lavoro dipendente
- Reddito da lavoro autonomo
- Vincita
- Lascito / Eredità / Donazione
- Cliente reddituario da precedente occupazione / Pensione
- Operazioni / Rendita da immobili
- Utile societario / Reddito d'impresa

- Reinvestimento da liquidazione
- Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni
- Scudo fiscale / *Voluntary Disclosure*
- Divorzio
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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



## MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO

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

Tramite la Banca 

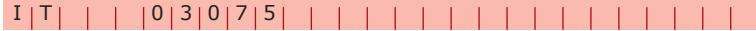
CODICE IBAN  
(intestato al contraente) 

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 

Generato da disinvestimento dal Fondo/Polizza   
in scadenza o in differimento, a favore di Alleanza Assicurazioni S.p.A sul seguente codice

**IBAN IT 34 A 03075 61800 CC0020194795** presso Banca Generali di Mogliano Veneto

Allegare copia della richiesta di disinvestimento

**FAC-SIMILE**

## 4 > PERSONALIZZA LA TUA POLIZZA

È possibile scegliere l'attivazione del Servizio Opzionale Accumulo.



### ACCUMULO (S.D.D.)

#### SERVIZIO "ACCUMULO (S.D.D.)"



Durata del piano:  2 anni  5 anni  10 anni

Frequenza versamenti:  mensile  trimestrale  semestrale  annuale

Importo di ogni versamento € 

(A seconda della "frequenza versamenti" indicata, l'importo minimo di ogni versamento è € 100,00 se mensile, € 300,00 se trimestrale, € 600,00 se semestrale, € 1.200,00 se annuale).

Puoi scegliere di attivare un piano di versamenti aggiuntivi programmati. Compilare il mandato S.D.D. in Allegato al presente Modulo di proposta.





## INFORMATIVA VIA WEB

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

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

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

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

NUMERO CELLULARE (opzionale, per ricevere messaggi di conferma)

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

A tal fine:

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

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



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

## 5 > CONFLITTI DI INTERESSE

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

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

- dall'investimento della polizza in Fondi Interni gestiti da Società appartenente allo stesso Gruppo della Compagnia, alla quale l'Intermediario presta inoltre il servizio di consulenza in materia di investimenti;
- dall'appartenenza dell'intermediario collocatore allo stesso Gruppo della Compagnia;
- dalla percezione da parte dell'Intermediario, per l'attività di distribuzione della presente polizza, di una quota parte delle commissioni percepite dalla Compagnia.

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



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



## 6 > FIRMA PER ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA/POLIZZA

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A.



## 7 > RECESSO DAL CONTRATTO

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

## 8 > I MIEI CONSENSI PRIVACY

### Consensi commerciali e di profilazione commerciale

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

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.

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".



## 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 del presente Modulo di proposta:

Investimento e 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 Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta, mi impegno a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del Contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. modifiche e integrazioni tramite apposito modulo allegato alla presente richiesta.

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

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

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



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

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



## DICHIARAZIONE U.S. PERSON DEL CONTRAENTE

### F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A., le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

**Dichiarazione U.S. Person del Contraente.** Da compilare solo se persona fisica, barrando obbligatoriamente una delle due caselle:

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

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

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

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



## DICHIARAZIONE C.R.S. (COMMON REPORTING STANDARD)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia del nuovo standard globale per lo scambio automatico di informazioni riferite ai conti finanziari (Common Reporting Standard), che ha lo scopo di individuare e scoraggiare l'evasione fiscale internazionale da parte dei soggetti che - direttamente o indirettamente - investono attraverso istituzioni finanziarie straniere, le imprese di assicurazione hanno l'obbligo di acquisire il codice fiscale o tax identification number di tutti i soggetti fiscalmente residenti all'estero. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per le persone giuridiche), riportate nel presente Modulo di proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

Io sottoscritto Contraente dichiaro: Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

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

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



## DICHIARAZIONE ESENZIONE IMPOSTA SOSTITUTIVA

### Esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale

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

#### Dichiarazione di esenzione dall'imposta sostitutiva sui redditi di capitale

(barrare la casella per ottenere l'esenzione)

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



## DICHIARAZIONE RICEZIONE DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

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

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

formato elettronico al seguente indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

impegnandomi a comunicare alla Compagnia o all'intermediario ogni variazione, compresa la cessazione o indisponibilità, dell'indirizzo di posta elettronica indicato

supporto cartaceo



## 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. È FATTO SALVO IL DIRITTO ALL'OBLO ONGCOLOGICO.**

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**:

- che i dati e le informazioni riportate nel presente Modulo di proposta sono corrette;
- di accettare e sottoscrivere integralmente le Condizioni di Assicurazione (Prodotto DDBI1 / BG OLTRE) previste nel Set informativo, con particolare riferimento alle condizioni di carenza.

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

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE



Firma obbligatoria

Firma dell'ASSICURANDO (se diverso dal CONTRAENTE)



Firma obbligatoria se l'assicurando è diverso dal contraente.



## IDENTIFICAZIONE DEL CONTRAENTE O DEL SUO ESECUTORE

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



Firma obbligatoria.

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) - [www.bgvita.it](http://www.bgvita.it)



## 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 Intestatario 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



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

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

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

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

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

 Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

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

Nº 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.

**FACO-SIMILE**

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

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



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

Aggiornamento: Febbraio 2026



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

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

**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



Aggiornamento: Febbraio 2026



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

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

**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



Aggiornamento: Febbraio 2026



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

Person icon

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

Nº proposta: \_\_\_\_\_



GUIDA ALLA COMPILAZIONE



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

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

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

### Dati del creditore

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

Codice identificativo: IT330020000010908160012

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

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

Nome e cognome \_\_\_\_\_

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

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

Codice SWIFT BIC  (può essere formato da 8 o da 11 caratteri)

Tipo pagamento: ricorrente

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

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice fiscale (presente nel box "Contraente").

### Conferimento (barrare la casella per conferire il mandato)

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

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

Data e Luogo

Firma del sottoscrittore

Note:

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

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



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

Aggiornamento: Febbraio 2026



## 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**