Linea Protezione

BG LifeCare

Edizione 04/2018

Assicurazione temporanea in caso di morte

Il presente Set Informativo contiene:

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (Dip Vita)

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (Dip Aggiuntivo Vita)

Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni

Modulo di proposta

GENERALI BG VITA

Assicurazione temporanea in caso di morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa: Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: BG Life Care
Data di aggiornamento: 04/07/2025
Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione temporanea in caso di morte.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Prestazione in caso di decesso

BG LifeCare prevede, a fronte del versamento di un piano di premi annui costanti, in caso di decesso dell'assicurato entro la scadenza prestabilita, il pagamento di una prestazione in forma di capitale scelto dal contraente all'emissione del contratto, costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Il capitale assicurabile massimo senza visita medica è di € 250.000. Il capitale assicurabile massimo con visita medica è di € 750.000. Il capitale assicurabile massimo con visita medica e compilazione del questionario finanziario è pari a € 1.000.000.

Il capitale effettivamente assicurato è indicato in polizza.

COPERTURE COMPLEMENTARI (facoltative)

Su richiesta del contraente, al momento della sottoscrizione del contratto, è possibile integrare la predetta prestazione principale con una o più delle seguenti coperture complementari:

a) Prestazione in caso di malattia grave

Copertura in caso di insorgenza di Malattia Grave (cancro, ictus, infarto) pari al 50% o al 100% del capitale assicurato in caso di decesso;

b) Prestazione in caso di decesso

Copertura in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale. Tale copertura può essere richiesta a condizione che la prestazione principale sia di importo non superiore a € 500.000.

Il capitale effettivamente assicurato è indicato in polizza.

Che cosa NON è assicurato?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

- × Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno meno di 18 anni e più di 78 anni.

COPERTURE COMPLEMENTARI

- × Copertura in caso di insorgenza di Malattia Grave: persone che alla sottoscrizione del contratto hanno più di 75 anni
- × Copertura in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale: persone che alla sottoscrizione del contratto hanno più di 68 anni.

Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni per specifiche cause di decesso:

- ! delitti dolosi del contraente, assicurato, o beneficiario;
- ! partecipazione attiva ad atti di guerra, terrorismo, tumulto popolare;
- ! eventi nucleari;
- ! guida di veicoli e natanti senza patente specifica;
- ! incidenti di volo su mezzi o con piloti non autorizzati;
- ! suicidio nei primi 2 anni o nei primi 12 mesi in caso di riattivazione dell'assicurazione;
- ! sport estremi;
- ! attività professionale e/o sportiva pericolosa;
- ! infortuni e/o malattie dovuti ad abuso di sostanze alcoliche e/o droghe.

Limitazioni di copertura in assenza di visita medica:

- ! 6 mesi (salvo in caso di decesso per infortunio o per determinate malattie infettive).

Sono presenti ulteriori specifiche esclusioni e limitazioni per le coperture complementari.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione copre il rischio in tutto il mondo tranne nei Paesi in cui c'è una situazione di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile: la copertura non opera se l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità, o se l'assicurato si reca in un Paese dove c'è già una situazione di guerra o similari.

Che obblighi ho?

Le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.
L'assicurato deve compilare il questionario sanitario e sottoporsi ad ulteriori accertamenti sanitari se richiesti da Alleanza

Assicurazioni; per capitali assicurati superiori a € 750.000 l'assicurato deve inoltre compilare il Questionario Finanziario.
L'assicurato, nel corso dell'intera durata del contratto, è tenuto a comunicare eventuali modifiche allo stato di fumatore e di professione/sport praticati che aggravino il rischio assunto da Alleanza Assicurazioni.
Tutte le richieste di pagamento in caso di decesso devono essere inviate in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni accompagnate da: documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, certificato di morte dell'assicurato o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato, documentazione sanitaria, informazioni e documentazioni relative al testamento e all'individuazione dei beneficiari.

Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in relazione alle prestazioni e al loro ammontare, alla durata scelta, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle abitudini di vita (ad esempio: sport, mezzi di trasporto utilizzati).
È previsto il versamento di premi annui di importo costante per l'intera durata contrattuale.
Il versamento del premio può avvenire con:

- bonifico bancario su conto corrente intestato ad Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- addebito su conto corrente bancario;
- bollettino di versamento bancario (MAV) inviato al domicilio del contraente;
- addebito diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.).

Non è possibile il versamento dei premi in contanti.
Il contraente può versare il premio annuo in più rate. In tal caso il premio viene maggiorato del 2,00% in caso di rateazione semestrale, del 4,5% in caso di rateazione mensile. In caso di frazionamento mensile il versamento del premio può avvenire esclusivamente mediante addebito diretto sul conto corrente (SDD).

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura principale ha durata minima di 2 anni e massima pari a 25 anni. L'età massima dell'assicurato a scadenza è pari a 80 anni.

Le coperture complementari hanno durata minima di 2 anni e massima pari a 25 anni.

La copertura complementare in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale non sarà più operante alla conclusione dell'annualità relativa al compimento del 70-esimo anno dell'assicurato.

Il contratto è concluso quando Alleanza Assicurazioni ha rilasciato al contraente la polizza o il contraente abbia ricevuto l'assenso scritto di Alleanza Assicurazioni alla proposta.

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza indicata in polizza, coincidente o successiva a quella di conclusione del contratto.

Se il premio è versato dopo questa data, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Finché il contratto non è concluso, il contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando una raccomandata ad Alleanza Assicurazioni con l'indicazione di tale volontà.
Il contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data della sua conclusione inviando a Alleanza Assicurazioni una raccomandata con l'indicazione di tale volontà.
Il contraente può risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Non sono previsti valori di riscatto o riduzioni.
In caso di interruzione del versamento dei premi il contratto può essere riattivato.

Assicurazione temporanea in caso di morte

BG VITA

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
Prodotto: BG Life Care
Data di aggiornamento: 05/02/2026
Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Alleanza Assicurazioni S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali con sede legale in Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano (MI) - ITALIA; recapito telefonico: +39 041.5939651; sito internet: www.bgvita.it; indirizzo di posta elettronica: bgvita@bgvita.it; indirizzo PEC: bgvita@pec.bgvita.it ed è iscritta al numero 1.00178 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2024: € 3.159.717.748, di cui risultato economico di periodo € 557.045.192. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. Indice di solvibilità (solvency ratio): 276% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa vigente). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.bgvita.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Esclusioni

Le esclusioni per specifiche cause di decesso sono riportate nel DIP Vita.

Limitazioni

La copertura opera se l'assicurato si è sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Alleanza Assicurazioni.

L'assicurato, con il consenso di Alleanza Assicurazioni, può scegliere di non sottoporsi a visita medica se ha un'età inferiore a 60 anni e 6 mesi al momento della sottoscrizione o in caso di capitali assicurati – in caso di decesso e di malattia grave - fino a € 250.000, ferma restando la compilazione del questionario sanitario e degli eventuali questionari sportivi e professionali. In questo caso viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Durante il periodo di carenza Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

In assenza di visita medica, nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore la copertura è attiva solo in caso di decesso per le seguenti cause (sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura):

- una malattia infettiva acuta o shock anafilattico e
- infortunio, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni.

COPERTURE COMPLEMENTARI

MALATTIA GRAVE

Esclusioni

E' esclusa dalla presente copertura la malattia dovuta a lesioni derivanti da:

- atto doloso del contraente, dell'assicurato o del beneficiario;
- partecipazione attiva o non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, terrorismo, tumulto popolare;
- eventi nucleari;
- attività sportive pericolose;
- attività lavorative pericolose;
- viaggi in zone a rischio di conflitti o catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese);
- esiti di infortuni e malattie pregressi alla stipulazione del contratto;
- infortuni o malattie intenzionalmente procurati o dovuti a stato di ubriachezza, abuso di sostanze alcoliche e psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- danni alla propria persona procurati dall'assicurato stesso, tentato suicidio.

Limitazioni

- Nel caso di diagnosi di una delle malattie gravi durante i primi 6 mesi dall'entrata in vigore della copertura, Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento dell'insorgenza della malattia grave;
- In caso di diagnosi di una eventuale seconda malattia grave non sono comunque previsti ulteriori pagamenti di prestazioni;
- In caso di decesso conseguente ad insorgenza di una delle malattie gravi, Alleanza Assicurazioni paga entrambe le prestazioni (malattia grave e decesso) solamente se sono trascorsi almeno 15 giorni fra la data in cui è stata diagnosticata la malattia grave e la data del decesso.

DECESSO DA INFORTUNIO E DA INCIDENTE STRADALE

Esclusioni

E' esclusa dalla presente copertura il decesso dovuto a lesioni derivanti da:

- partecipazione a corse e gare e alle relative prove e allenamenti, eccetto corse podistiche, gare di bocce, pesca, tiro, scherma e tennis;
- uso di mezzi di locomozione subacquei e aerei, salvo i viaggi effettuati dall'assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, su mezzi e con piloti autorizzati;
- partecipazione attiva ad atti di guerra, terrorismo, tumulto popolare;
- terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese;
- eventi nucleari;
- lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- carbonchio, malaria, avvelenamenti, infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, inoltre le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

A chi è rivolto questo prodotto?

BG Life*Care* è un prodotto assicurativo rivolto a clienti retail o professionali con un bisogno di protezione.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

caricamenti	importo/percentuale
cifra fissa	€ 30
costi percentuali	3,00%

I costi percentuali sono applicati al premio, al netto della cifra fissa.

Se è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, il relativo costo - pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'assicurato stesso - è a carico del contraente.

Addizionali di frazionamento

rateazione	addizionale
semestrale	2,00%
mensile	4,50%

Costi di intermediazione

Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto: 23,70%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: - con lettera inviata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Tutela Clienti - Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano; - tramite il sito internet della Compagnia www.alleanza.it nella sezione Reclami; - via e-mail all'indirizzo tutelaclienti@alleanza.it La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Clienti. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. I reclami relativi al comportamento degli intermediari bancari, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e saranno da loro gestiti. Qualora il reclamo pervenisse alla Compagnia, la stessa provvederà a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori - Reclami".

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro assicurativo	E' obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	È obbligatorio ricorrere alla mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie in materia assicurativa. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC alleanza@pec.alleanza.it o presso la Sede Legale di Alleanza Assicurazioni. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98)
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato ad Alleanza Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. È possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione europea o https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it)

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Si riporta di seguito il trattamento fiscale che ai sensi della legge italiana si applica al contratto. Questo trattamento dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, se diverso) e può anche essere modificato in futuro. **Detrazione fiscale dei premi** Il premio dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente, sia per la parte afferente al rischio di decesso sia per la parte afferente al rischio di malattia grave in quanto le malattie gravi oggetto della copertura danno origine a invalidità permanente non inferiore al 5%. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'assicurato, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. **Imposta sui premi relativi alle coperture complementari infortuni per il caso di decesso** Sui premi relativi alle coperture complementari infortuni per il caso di decesso è dovuta un'imposta del 2,5%. **Tassazione delle prestazioni assicurate** Le somme dovute da Alleanza Assicurazioni: • se corrisposte a persona fisica in caso di decesso dell'assicurato, sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni • se corrisposte a persona fisica in caso di malattia grave dell'assicurato, sono esenti dall'IRPEF • se corrisposte a persona giuridica, costituiscono reddito d'impresa.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il **cliente** è stato **precedentemente affetto da patologie oncologiche** - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto** a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le **patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi**, sono previsti **termini inferiori, indicati nella Tabella**, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link Disposizioni%20prevenzione%20discriminazioni%20e%20tutela%20dei%20diritti%20persone%20affette%20da.pdf
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO CON LE SEGUENTI FUNZIONALITA': VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI; CONSULTARE LE PRESTAZIONI ASSICURATE; VISUALIZZARE E SCARICARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; CONSULTARE LO STATO DI VERSAMENTO DEI PREMI E RELATIVE SCADENZE; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY.

© LMD srl - grafica

Data ultimo aggiornamento: 14/01/2026

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Prestazioni assicurate

Le coperture assicurative di seguito elencate sono operanti solo se specificatamente indicate nel documento di polizza.

Il contraente, al momento della sottoscrizione del modulo di proposta, deve indicare, in funzione dello stato di "non fumatore" o "fumatore" dell'assicurato, uno dei due prodotti sotto riportati:

1) Prodotto 0476V "non fumatori"
2) Prodotto 0476W "fumatori"

Prestazione principale

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita Alleanza Assicurazioni si impegna - dietro versamento di un piano prestabilito di premi annui - a pagare al beneficiario/i designato/i dal contraente, **in caso di decesso dell'assicurato prima della scadenza prestabilita**, un capitale assicurato che resta costante per tutta la durata dell'assicurazione.

In caso di vita dell'assicurato alla scadenza del contratto non è prevista alcuna prestazione; in tal caso il contratto si risolve ed i premi versati restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni a fronte dell'assicurazione prestata.

Coperture Complementari

Il contraente, sempre al momento della sottoscrizione del modulo di proposta, può integrare la predetta prestazione principale con:

- l'assicurazione complementare in caso di insorgenza di malattia grave "Critical Illness" e/o
- l'assicurazione complementare in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale "A.C.M.A-I.S."

descritte all'art. 4 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

* * *

I capitali assicurati relativi al presente contratto sono indicati nel documento di polizza.

È possibile sottoscrivere questo contratto solo se l'età dell'assicurato al momento della stipula non è superiore a 78 anni e a scadenza non superiore a 80 anni.

© LMD srl - grafica

Art. 2 - Definizione di assicurato non fumatore

Il presente contratto prevede l'applicazione di due diversi prodotti in funzione del consumo di tabacco da parte dell'assicurato, ossia per soggetti fumatori o non fumatori.

Ai fini delle presenti coperture assicurative, l'assicurato è considerato non fumatore se:

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

Se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne comunicazione scritta a Alleanza Assicurazioni entro 30 giorni mediante lettera raccomandata. Contestualmente a tale comunicazione, il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio previsto per il non fumatore e quello previsto per il fumatore.

In caso di sinistro Alleanza Assicurazioni verifica l'effettivo persistere dello stato di non fumatore dell'assicurato, che deve preventivamente consentire a Alleanza Assicurazioni tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'assicurato o dell'insorgenza della malattia grave prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta da Alleanza Assicurazioni, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto, (articolo 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'assicurato (art. 1893 c.c.).

Art. 3 - Esclusioni e limitazioni

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi Punti 3.1, 3.2 e 3.3.

3.1 Esclusioni

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

a) malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto;
b) delitto doloso del contraente o del beneficiario;
c) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
d) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'assicurato

in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;

e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; uso e guida di mezzi subacquei;

g) incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è escluso il decesso causato da incidente di volo se l'assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

h) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione della copertura;

i) infortuni e/o malattie intenzionalmente procurati o dovuti/correlati a stato di ubriachezza e/o ad abuso di sostanze alcoliche, nonché quelli conseguenti ad uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera stato di ubriachezza la presenza di valori di alcol nel sangue uguali o superiori a 150 mg/dl. 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.

Inoltre, nel caso in cui il capitale assicurato risulti non inferiore a Euro 1.000.000,00, è prevista anche la seguente esclusione:

j) incidente di volo, salvo se trattasi di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di un volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. È espressamente escluso il decesso causato da incidente di volo su aerotaxi, elicottero ed ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda sia a titolo oneroso che gratuito, a meno che ciò non sia stato accordato da speciale Appendice.

Nel caso di delitto doloso del contraente o del beneficiario non è prevista alcuna prestazione; in tutti gli altri casi, Alleanza Assicurazioni paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale Appendice al documento di polizza, è inoltre escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

k) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;

l) pratica di attività sportive professionistiche;

m) pratica a livello agonistico di arti marziali e lotta come: Pugilato, Kickboxing, Mauy Thai, Wrestling, Arti Marziali, Cagefighting e MMA (mixed martial arts);

n) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;

o) pratica delle seguenti attività sportive:
   - immersioni subacquee non in apnea superiori ai 40 m; immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne;

© LMD srl - grafica

- scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia;
- torrentismo; tuffi da altezza superiore i 10 metri; nuoto in mare aperto;
- surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua o altri sports acquatici praticati non a livello dilettantistico;
- vela transoceanica;
- sport estremi;

p) attività professionale pericolosa che comporti:
- contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche od elettriche;
- attività di rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;
- lavori su impalcature o ponteggi di altezze superiori a 15 m;
- lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
- l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile, ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio;
- aviazione;
- attività subacquea in genere;
- guardia giurata;
- guida di veicoli superiori a 35 q, operatori di pala meccanica.

Qualora tali deroghe non vengano espressamente richieste e/o concesse da Alleanza Assicurazioni, resta inteso che qualora il decesso dell'assicurato sia causato dalle suddette fattispecie, Alleanza Assicurazioni si impegna a pagare l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.
Al fine di eliminare le esclusioni di cui ai punti j), k), l), m), n), o) ed estendere la copertura assicurativa anche per attività sportive e/o professionali non previste, su richiesta dell'assicurato, Alleanza Assicurazioni si riserva la valutazione di un eventuale sovrappremio.

3.2 Aggravamento del rischio

Qualora in fase di sottoscrizione del modulo di proposta il contraente dichiari la professione svolta dall'assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'assicurato devono essere comunicati a Alleanza Assicurazioni affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al contraente se intende:
a) far cessare gli effetti della copertura;
b) ridurre il capitale assicurato;
c) maggiorare il premio dovuto.

Se Alleanza Assicurazioni comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto di Alleanza Assicurazioni a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

3.3 Limitazioni

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Alleanza Assicurazioni, accettandone modalità ed oneri.

© LMD srl - grafica

L'assicurato, con il consenso di Alleanza Assicurazioni, può scegliere di non sottoporsi a visita medica se ha un'età inferiore a 60 anni e 6 mesi al momento della sottoscrizione e/o in caso di capitali assicurati - in caso di decesso e di malattia grave - fino a Euro 250.000, ferma restando la compilazione del questionario sanitario e degli eventuali questionari sportivi e/o professionali. In questo caso viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Durante il periodo di carenza Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

In assenza di visita medica Alleanza Assicurazioni nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione si impegna a pagare il capitale assicurato solo nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo,vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura;
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 750.000,00 è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

Art. 4 - Coperture complementari

La prestazione in caso di decesso dell'assicurato di cui all'art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, può essere integrata da quelle relative alle seguenti assicurazioni complementari:

- "Critical Illness" (50% o 100%): assicurazione per il caso di insorgenza di una malattia grave come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione (cancro, ictus, infarto);
- "A.C.M.A.-I.S.": assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale in caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Le assicurazioni complementari sono operanti solo se espressamente indicate nel documento di polizza. A tali assicurazioni si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni del presente contratto in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme contenute nel presente articolo.

4.1 Critical Illness (50% o 100%)

Assicurazione operante in caso di insorgenza di una malattia grave

A) Prestazioni

In caso di insorgenza di una malattia grave, la copertura complementare garantisce un capitale pari al 50% o al 100% del capitale assicurato in caso di decesso. Il capitale assicurato rimane costante per tutta la durata del contratto.

© LMD srl - grafica

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale.
È possibile sottoscrivere questa assicurazione complementare solo se l'età dell'assicurato a scadenza non è superiore a 75 anni.

© LMD srl - grafica

B) Malattie gravi
Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti condizioni, a patto che, a seguito della stessa malattia grave, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%.

i) Cancro
Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia, e/o di chemioterapia.
La diagnosi di cancro deve essere fatta da uno specialista oncologo/chirurgo e l'evidenza di malignità deve essere supportata dall'esame istologico.
In assenza di referto istologico, la diagnosi di cancro è valida soltanto se vengono soddisfatti tutti e tre i seguenti criteri:
- la diagnosi patologica è impossibile perché dal punto di vista medico non è fattibile o metterebbe a rischio la vita del paziente; e
- sono disponibili evidenze mediche che sostengono la diagnosi di cancro; e
- è disponibile una relazione dello Specialista Oncologo/Chirurgo che conferma la diagnosi clinica di cancro.

Sono esclusi i seguenti tumori:
- tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni o non-invasivi
- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (Tis) o carcinomi papillari non-invasivi (Ta), inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3
- tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose, che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti
- melanomi istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0
- tumori della vescica istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1N0M0
- la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1
- tumori in presenza del virus HIV.

Per la descrizione istologica si farà riferimento all'ultima versione dell'AJCC Cancer Staging Manual.

ii) Ictus
Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:
- durata dei sintomi/segni >24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data dell'evento. I sinistri devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Sono escluse le seguenti situazioni:
- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia; e
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

iii) Infarto
Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:
- storia di dolore toracico tipico
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche (ECG) diagnostiche per necrosi miocardica
- aumento diagnostico degli enzimi cardiaci o delle troponine maggiore o uguale ai seguenti livelli:
- Troponina T > 1,0 ng/ml,
- Accu TnI > 0,5 ng/ml o soglie equivalenti ottenute con altri metodi;
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Le prove devono dimostrare senza margini di dubbio un infarto acuto del miocardio e la diagnosi deve essere confermata dal cardiologo.
Sono esclusi dalla copertura:
- Angina
- Altre sindromi coronariche acute.

C) Condizioni particolari
1) Criteri di operatività della garanzia
In caso di insorgenza di una delle malattie gravi definite al precedente punto B), Alleanza Assicurazioni dopo aver valutato la documentazione ed il diritto dell'assicurato alla prestazione malattia (Critical Illness), dovrà pagare il capitale assicurato. Si precisa che l'insorgenza della malattia grave e/o la presentazione della denuncia a Alleanza Assicurazioni non determina automaticamente la sospensione del versamento del premio; il contraente infatti rimane obbligato al versamento dello stesso e, solamente nel caso in cui la richiesta venisse accettata da Alleanza Assicurazioni, la stessa sarà tenuta a rimborsare quanto versato tra la data della diagnosi e quella di ammissione della malattia grave.

Si precisa che non sono comunque previsti ulteriori pagamenti di prestazioni alla diagnosi di una eventuale seconda malattia grave.

Rimane ferma la prestazione principale in caso di decesso e l'eventuale copertura complementare ACMA-IS fino alla scadenza del contratto prevista.

© LMD srl - grafica

In caso di decesso conseguente ad insorgenza di una delle malattie indicate nel precedente punto b), Alleanza Assicurazioni pagherà entrambe le prestazioni (malattia grave e decesso) solamente nel caso in cui sia trascorso un periodo di tempo pari ad almeno 15 giorni fra la data in cui è stata diagnosticata la malattia grave e la data del decesso.
Qualora invece il decesso si verificasse entro il quindicesimo giorno dalla predetta data in cui è stata diagnosticata la malattia grave, verrà pagata esclusivamente la prestazione in caso di decesso.

2) Esclusioni della garanzia
È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare la malattia dovuta a lesioni derivanti da:
- dolo del contraente o del beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'assicurato a fatti di guerra;
- eventi causati da armi nucleari, trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee e altre attività che prevedono il contatto fisico o rischiose;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250V, missionari, attività subacquee, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- viaggi in zone a rischio di conflitti o catastrofi naturali (terremoti, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese);
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l);
- stato di ubriachezza (riscontrato un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro g/l) nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate
- danni alla propria persona procurati dall'assicurato stesso, tentato suicidio.

3) Carenze
Nel caso di diagnosi di una delle malattie gravi durante i primi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, Alleanza Assicurazioni paga, in sostituzione della prestazione prevista, l'importo della riserva matematica calcolata al momento dell'insorgenza della malattia grave.

4) Estinzione della garanzia
La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti da Alleanza Assicurazioni:
a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;

© LMD srl - grafica

c) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione;
d) a seguito del pagamento della prestazione per malattia grave.

© LMD srl - grafica

4.2 Assicurazione per il caso di morte accidentale con raddoppio del capitale per il caso di decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.- I.S.)

A) Prestazioni

Nel caso in cui il decesso dell'assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, Alleanza Assicurazioni, nei limiti della presente garanzia e delle Condizioni Particolari che seguono, si obbliga a pagare ai beneficiari designati, oltre alle prestazioni previste per il caso di decesso dell'assicurato dalla tariffa dell'assicurazione principale, un ulteriore capitale il cui ammontare è indicato nel documento di polizza.

Tale capitale viene raddoppiato nel caso in cui il decesso dell'assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A.-I.S.).

Il capitale A.C.M.A. rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale. La copertura è operante soltanto se il decesso si verifica entro un anno dal giorno delle lesioni anzidette.

Tale copertura complementare può essere richiesta a condizione che la prestazione principale sia di importo non superiore a 500.000,00 Euro.

B) Condizioni particolari

1) Criteri di operatività della garanzia

In conformità alla condizione che il decesso deve essere la conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni di cui alla lettera A) resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di decesso conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

2) Esclusioni dalla garanzia

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare il decesso dovuto a lesioni derivanti:

a) dalla partecipazione a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;
b) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei, salvo i viaggi effettuati dall'assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari;
c) da guerra, da insurrezioni o tumulti popolari cui l'assicurato abbia preso parte attiva, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, tornado e altri fenomeni naturali che causano danni in aree estese;

d) dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure dalle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

è pure escluso il decesso:

e) per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
f) per carbonchio, per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

3) Estinzione della garanzia

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni:

a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
b) in caso di sospensione, cessazione od esonero, per qualsiasi ragione o causa, del versamento del premio dell'assicurazione principale;
c) alla conclusione dell'annualità relativa al compimento del 70° anno di età dell'assicurato;
d) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione.

Art. 5 - Beneficiari

Il contraente indica il beneficiario; può modificare l'indicazione in ogni momento, comunicandola in forma scritta a Alleanza Assicurazioni, Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, o per testamento.

L'indicazione non può essere modificata:

- dopo che contraente e beneficiario hanno dichiarato in forma scritta a Alleanza Assicurazioni, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del contraente;
- dopo che, deceduto l'assicurato, il beneficiario ha comunicato in forma scritta a Alleanza Assicurazioni di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto. In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto.

Diritto proprio del beneficiario

Il beneficiario acquisisce un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione (art. 1920 del Codice civile). Quanto gli viene pagato a seguito del decesso dell'assicurato non rientra nell'asse ereditario.
Il beneficiario dell'assicurazione complementare facoltativa "Critical Illness" è l'assicurato.

Art. 6 - Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte di Alleanza Assicurazioni, le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le

© LMD srl - grafica

quali Alleanza Assicurazioni non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Alleanza Assicurazioni stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
   - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   - di rifiutare, in caso di decesso dell'assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
   - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   - di ridurre, in caso di decesso dell'assicurato e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, dei premi e delle prestazioni assicurate.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o della sede in Italia fatta dal contraente quando sottoscrive la proposta o la polizza.
Il contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Alleanza Assicurazioni lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede in un altro stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, il contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato a Alleanza Assicurazioni, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.
Nella proposta il contraente deve compilare e firmare le sezioni F.A.T.C.A. e C.R.S., per la raccolta di informazioni sulla sua eventuale cittadinanza americana o residenza fiscale estera.
Nel corso della durata del contratto il contraente deve comunicare a Alleanza Assicurazioni, al più presto e in forma scritta, ogni cambiamento che incida sulle informazioni fornite nella proposta.
Alleanza Assicurazioni comunque, a norma di legge, verifica eventuali variazioni relative alle sezioni F.A.T.C.A. e C.R.S. anche al fine di effettuare eventuali comunicazioni previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 7 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione

Prima della conclusione del contratto Alleanza Assicurazioni valuta la proposta e i rischi in essa descritti.
Al fine di consentire la corretta valutazione del rischio, Alleanza Assicurazioni, in relazione all'età, allo stato di salute e al capitale da assicurare, si riserva la facoltà di chiedere all'assicurato di sottoporsi a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari con costi a suo carico.
Il contratto si considera concluso nel momento in cui Alleanza Assicurazioni abbia rilasciato al contraente il documento di polizza o gli abbia altrimenti inviato per iscritto comunicazione del proprio assenso.
L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata versata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva a quella in cui il contratto è concluso, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno indicato nel documento di polizza.

© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

Art. 8 - Diritto di revoca e diritto di recesso

Diritto di revoca

Il contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto che avviene nel momento in cui Alleanza Assicurazioni rilascia al contraente stesso il documento di polizza o comunica per iscritto il proprio assenso.

Per la revoca della proposta deve essere inviata a Alleanza Assicurazioni una lettera racco- mandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a: Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate; in assenza di tale dato verrà inviato al contraente un assegno circolare.
Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Gli obblighi assunti dal contraente e da Alleanza Assicurazioni cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Alleanza Assicurazioni.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, Alleanza Assicurazioni rimborsa al contraente gli importi eventualmente già versati.

Diritto di recesso

Il contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.
Per il recesso del contratto deve essere inviata a Alleanza Assicurazioni una lettera racco- mandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:
Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione di recesso vanno indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato; in assenza di tale dato verrà inviato al contraente un assegno circolare.
Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

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.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso Alleanza Assicurazioni rimborsa al contraente il premio versato al netto delle eventuali imposte e della quota relativa al rischio corso.

Art. 9 - Durata del contratto

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal contraente.

Art. 10 - Premi, versamento e costi applicati

Versamento

L'assicurazione viene prestata dietro il versamento di un premio annuo costante, indicato nel suo ammontare iniziale nel documento di polizza.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate a partire dall'inizio del contratto e per la durata stabilita, oppure fino al riconoscimento da parte di Alleanza Assicurazioni dell'insorgenza di una delle malattie gravi di cui all'art. 4.1, o al decesso dell'assicurato qualora questa avvenga prima del termine di tale durata.

Il primo premio annuo (o la prima rata di premio) potrà essere versato a Alleanza Assicurazioni o tramite un Consulente Finanziario abilitato all'offerta fuori sede di Banca Generali, utilizzando i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario su conto corrente intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- addebito su conto corrente bancario;
- bonifico bancario generato da disinvestimento Fondo/Polizza.

I premi annui (o le rate di premio) successivi potranno essere versati utilizzando, a scelta del contraente, i seguenti mezzi di pagamento:

- bollettino di versamento bancario (M.A.V.) inviato al domicilio del contraente;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit); in caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura S.D.D. il contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Alleanza Assicurazioni. Tale modalità è da utilizzare obbligatoriamente in caso di frazionamento mensile del premio.

Costi applicati

Spese di emissione del contratto	Non presenti

Diritti di quietanza	Non presenti

Caricamenti	
Valore assoluto (cifra fissa)	Euro 30,00
Valore percentuale	3,00%

I costi percentuali sono applicati al premio, al netto della cifra fissa.

Il contraente ha la possibilità di versare i premi annui in rate semestrali o mensili. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), come riportato nella tabella sottostante:

Rateazione	Addizionale di frazionamento
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

AVVERTENZA: il contratto prevede costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati - in caso di decesso e di malattia grave - superiori a Euro 250.000,00 e/o in caso di età dell'assicurato al momento della sottoscrizione superiore a 60 anni e 6 mesi, oppure per evitare il periodo di

© LMD srl - grafica

carenza (6 mesi), di cui all'Art. 3.3. Il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'assicurato.

© LMD srl - grafica

Art. 11 - Mancato versamento dei premi: risoluzione

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti a Alleanza Assicurazioni. A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che Alleanza Assicurazioni non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 12 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione

Il contratto risoluto per mancato versamento dei premi, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata, può essere riattivato entro un anno da tale data.

Qualora però siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del contraente ed accettazione scritta di Alleanza Assicurazioni, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione viene concessa dietro versamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati sulla base del periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

Art. 13 - Capitale ridotto, riscatto, prestiti

Il presente contratto non prevede valori di capitale ridotto, riscatto e prestiti.

Art. 14 - Cessione, pegno e vincolo

Il contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni, presentando autocertificazione di esistenza in vita dell'assicurato, se diverso dal contraente (e, in caso di cessione, dal cessionario, cioè chi beneficia della cessione). L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.

Questi atti sono efficaci nei confronti di Alleanza Assicurazioni solo se annotati su appendice.

In caso di pegno o vincolo, ogni operazione che riduce il valore del contratto (es. riscatto) richiede l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo).

Art. 15 - Richieste di pagamento a Alleanza Assicurazioni

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Alleanza Assicurazioni *(*al seguente indirizzo: Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto-TV), accompagnate da:

- documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare gli aventi diritto (contraente in caso di recesso; beneficiari in caso di decesso dell'assicurato; assicurato in caso di malattia grave);
- documento di identità e codice fiscale del richiedente;
- coordinate bancarie (codice IBAN), sottoscritte da tutti i beneficiari della polizza, su cui effettuare il bonifico;
- in caso di beneficiari minorenni o incapaci, dichiarazione del giudice tutelare che indichi la persona autorizzata all'incasso.

Le informazioni per la redazione della richiesta di pagamento in caso di decesso dell'assicurato si possono trovare sul sito internet **www.bgvita.it**.

Per le richieste di **recesso** vedasi l'articolo 8.

Documenti necessari per **pagamenti per decesso dell'assicurato (in originale o in copia conforme all'originale)**:
- certificato di morte dell'assicurato o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato. L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Alleanza Assicurazioni a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale), da cui risulti:
  - se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento,
  - che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato,
  - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del contraente, se i beneficiari in caso di decesso sono indicati in modo generico;
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico;
- relazione medica sulle cause e circostanze del decesso;
- relazione del medico curante sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato, e ulteriore documentazione eventualmente richiesta da Alleanza Assicurazioni se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
  - cartelle cliniche di ricoveri per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante,
  - esami clinici,
  - verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118),
  - verbale dell'autopsia se eseguita,
  - se il decesso è per una causa diversa dalla malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di procedimento penale, copia degli atti più significativi.

Se opera l'assicurazione complementare "Critical Illness", per i **pagamenti per malattia grave**, al verificarsi di una delle malattie gravi indicate all'art. 4, il contraente o l'assicurato o altra persona in loro vece devono darne avviso in forma scritta a Alleanza Assicurazioni **entro 90 giorni dalla data della diagnosi. Trascorso questo termine, Alleanza Assicurazioni si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato in caso di malattia grave e la copertura si estingue**.

© LMD srl - grafica

Alla denuncia della malattia devono essere allegati i seguenti documenti:
- richiesta scritta, sottoscritta dall'assicurato o dal contraente o altra persona in loro vece, con la quale si comunica l'insorgenza della malattia grave, precisandone il tipo tra quelle previste dall'art. 4;
- relazione del medico specialista che ha eseguito la diagnosi;
- eventuale lettera di dimissioni in caso di ricovero/intervento;
- relazione del medico curante che attesti lo stato di salute dell'assicurato al momento dell'insorgenza/diagnosi della Malattia Grave;
- ogni ulteriore documentazione sanitaria necessaria alla corretta individuazione della patologia ed alla verifica della corrispondenza con quelle previste dall'art. 4.

In caso di insorgenza di **ictus** il contraente o l'assicurato o altra persona in loro vece devono, in aggiunta alla denuncia entro 90 giorni dalla data della diagnosi, far pervenire a Alleanza Assicurazioni una certificazione medica redatta da uno specialista neurologo attestante l'evidenza del danno neurologico permanente (in misura pari o superiore al 5%) dopo un periodo di almeno 90 giorni dalla data della diagnosi.

Alleanza Assicurazioni può richiedere altra documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie.
Alleanza Assicurazioni esegue i pagamenti entro 30 giorni decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.
Dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

Art. 16 - Foro competente
Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere esclusivamente quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).
Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio (artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98).
Le istanze scritte di mediazione nei confronti di Alleanza devono essere inviate a:
Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano
E-mail: alleanza@pec.alleanza.it
In alternativa alla mediazione, è possibile ricorrere all'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).

Art. 17 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali
Alleanza Assicurazioni non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Alleanza Assicurazioni a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America o dell'Italia.

© LMD srl - grafica

© LMD srl - grafica

Glossario

A

ADDIZIONALE DI FRAZIONAMENTO
In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

ANNO
Si intende sempre “anno commerciale” per cui si considerano convenzionalmente tutti i mesi di 30 giorni e l’anno formato complessivamente da 360 giorni.

APPENDICE
Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest’ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra Alleanza Assicurazioni ed il contraente oppure dovuti per Legge.

ASSICURATO
La persona fisica sulla cui vita è stipulata l’assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.

B

BENEFICIARIO
La persona fisica o giuridica a cui sono pagate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

C

CARENZA
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l’evento assicurato avvenga in tale periodo, Alleanza Assicurazioni non paga la prestazione assicurata.

CARICAMENTI
Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Alleanza Assicurazioni.

CONTRAENTE
La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.

D

DATA DI DECORRENZA
Data indicata in polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni contrattuali.

DOCUMENTO DI POLIZZA
Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

E

ETÀ
Si intende sempre "età assicurativa" e cioè l'età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (Es.: 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

M

MODULO DI PROPOSTA
Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a Alleanza Assicurazioni la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

P

PREMIO
L'importo che il contraente versa a Alleanza Assicurazioni S.p.A.

R

RECESSO
Diritto del contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

REVOCA
Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

RISERVA MATEMATICA
Importo che deve essere accantonato da Alleanza Assicurazioni per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

S

SCADENZA
Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia e pagata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

© LMD srl - grafica

ALLEGATO 1

Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. n° 231 del 21 Novembre 2007 e s.m.i. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo)

Le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e S.M.I. e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere alla Compagnia di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lsg 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

OBBLIGHI DEL CLIENTE
Art. 22 del D. Lgs. 231/07

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, te-

© LMD srl - grafica

nute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.

5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.

5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE
Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07

Nel presente decreto s'intendono per (…) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari o coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
   - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

© LMD srl - grafica

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte:
   2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
   3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
   3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/07

I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/07

Nel presente decreto s'intendono per (…) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/07

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
   a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
   b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la pro-

© LMD srl - grafica

prietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
   a) i fondatori, ove in vita;
   b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
   c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

OBBLIGO DI ASTENSIONE
Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07

I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

SANZIONI PENALI
Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/07

1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

© LMD srl - grafica

ALLEGATO 2

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

© LMD srl - grafica

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

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

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

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alla lettera (iv) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

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

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

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

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di

ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano (MI), privacy@alleanza.it. o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

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

Tempi di conservazione dei dati

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

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

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

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

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

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

© LMD srl - grafica

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

© LMD srl - grafica

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

PREMIO ANNUO

Agenzia: Banca Generali

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

GENERALI BG VITA

BG LIFE*CARE*

MODULO DI PROPOSTA SENZA VISITA MEDICA

FAC-SIMILE

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

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

- Modulo di proposta BG Life*Care*

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 Life*Care*".
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

OPZIONI **APPROFONDIMENTI**

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____ Cod. Convenzione: _____

CDG del contraente: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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		☐ Procura/Delega ☐ Delibera assemblea/C.d.A. ☐ Provvedimento giudice tutelare ☐ Statuto ☐ 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	☐ NO ☐ SÌ	
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?* (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No	
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.

FAC-SIMILE

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

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

CDG dell'assicurando: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

	CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)	EVENTUALE ESECUTORE (persona fisica)
Rapporto tra esecutore e contraente (da indicare solo se il contraente è una persona fisica)		☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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.

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

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

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

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 contrante" 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)	☐ NO ☐ 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 Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

CDG del beneficiario 3 p.f.: _____ CDG del beneficiario 4 p.f.: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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 Espo è presente all'interno dell'Informativa Antiricic gio e di contrasto al finanziamento del terrorisi di cui hai preso visione in Allegato alle Condizio Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

CDG del beneficiario 5 p.f.: _____ CDG del beneficiario 6 p.f.: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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 Espo è presente all'interno dell'Informativa Antiricic gio e di contrasto al finanziamento del terrorisi di cui hai preso visione in Allegato alle Condizio Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

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

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 contrante" 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	☐ NO ☐ 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*	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti
Catena partecipativa complessa*	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Indirizzo Sede Legale*		
Comune Sede Legale*		
Provincia Sede Legale*		
Stato Sede Legale* (se diverso da Italia)		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Telefono/Cellulare	_____	_____
E-mail	_____ _____	_____ _____
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

FAC-SIMILE

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.

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

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

3 〉 DEFINISCI LA TUA TUTELA

Nome Prodotto	☐ Prodotto 0476V /BG Life*Care* non fumatori ed. 04/2018 ☐ Prodotto 0476W /BG Life*Care* fumatori ed. 04/2018
Capitale assicurato	€ _____
Durata del contratto	☐ cifre ☐ lettere
Assicurazioni Complementari	☐ Assicurazione complementare "Critical Illness" ☐ 50% *oppure* ☐ 100% ☐ 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	☐ annuale ☐ semestrale ☐ mensile (solo con S.D.D.)
Premio annuo*	€ _____
Rata di perfezionamento*	€ _____
	* di cui [illegible] assicurazioni complementari € _____

FAC-SIMILE

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.

ORIGINE DEI FONDI

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

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) _____

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 I T 0 3 0 7 5

Versamento dei premi successivi

MAV ☐

S.D.D. ☐

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.

FAC-SIMILE

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

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: _____

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 dalla domanda 1b) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto fumatore.

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 Ipertensione? **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 infiamatori semplici).

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

FAC-SIMILE

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 [illegible] le quali [illegible] SI

_____

_____

_____

2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio

_____

_____

_____

FAC-SIMILE

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.

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

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.

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)

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

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 sopraindicato, 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 [illegible] riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

FAC-SIMILE

8 〉 I MIEI CONSENSI PRIVACY

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

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

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

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

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".

Aggiornamento: Giugno 2025

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:

☑ Protezione

FAC-SIMILE

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 presenta 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.	☐

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.

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 [illegible] prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, nonché [illegible], le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso [illegible] notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, [illegible] la Assicurazioni creda di rivolgersi, espressamente autorizzando ed invitando a [illegible] ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** [illegible] la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- 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.

FAC-SIMILE

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 presenta 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.)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai

FAC-SIMILE

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

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

	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)	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ 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	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ

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

Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

FAC-SIMILE

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Non ha residenze fiscali fuori dall'Italia	☐	☐	☐	☐
Ha residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:	☐	☐	☐	☐
	PAESE 1	PAESE 1	PAESE 1	PAESE 1
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 2	PAESE 2	PAESE 2	PAESE 2
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 3	PAESE 3	PAESE 3	PAESE 3
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 4	PAESE 4	PAESE 4	PAESE 4
	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:

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 [illegible] in mia presenza.

FAC-SIMILE

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

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

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

Denominazione sociale beneficiario _____

FAC-SIMILE

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

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

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

Data _____ Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

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

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

Denominazione sociale beneficiario _____

FAC-SIMILE

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

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

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

Data _____ Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

FAC-SIMILE

N° proposta con copertura provvisoria: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STATO DI SALUTE | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 CONDIZIONI DI GARANZIA | 8 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 9 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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										

Dati del creditore

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

Codice identificativo: IT33002000001090816001 2

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 o da 8 o da 11 caratteri)

Tipo pagamento: ricorrente

FAC-SIMILE

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

GENERALI

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

Aggiornamento: Giugno 2025

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

N° proposta: _____ _____

PREMIO ANNUO

Agenzia: Banca Generali

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

GENERALI BG VITA

BG LIFE*CARE*

MODULO DI PROPOSTA CON VISITA MEDICA

FAC-SIMILE

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

- Set Informativo
- Documento conforme alla Scheda di cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018

- Modulo di proposta BG Life*Care*

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 Life*Care*".
Le note laterali ti aiuteranno nella scelta dei servizi e nella comprensione dei contenuti.

OPZIONI **APPROFONDIMENTI**

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____ Cod. Convenzione: _____

CDG del contraente: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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		☐ Procura/Delega ☐ Delibera assemblea/C.d.A. ☐ Provvedimento giudice tutelare ☐ Statuto ☐ 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	☐ NO ☐ SÌ	
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP?* (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No	
Precedente professione* (se attualmente pensionato)	|__|__|	|__|__|

FAC-SIMILE

A cosa servono i tuoi dati?

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

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____

CDG dell'assicurando: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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)		☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ 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.

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____

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

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 contrante" 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)	☐ NO ☐ 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 Antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo di cui hai preso visione in Allegato alle Condizioni di Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta: _____ _____

CDG del beneficiario 3 p.f.: _____ CDG del beneficiario 4 p.f.: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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 Espo è presente all'interno dell'Informativa Antiricic gio e di contrasto al finanziamento del terrorisi di cui hai preso visione in Allegato alle Condizio Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta: _____ _____

CDG del beneficiario 5 p.f.: _____ CDG del beneficiario 6 p.f.: _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

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 Espo è presente all'interno dell'Informativa Antiricic gio e di contrasto al finanziamento del terrorisi di cui hai preso visione in Allegato alle Condizio Assicurazione)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Parentela ☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Affinità ☐ Coniugio ☐ Convivenza di fatto o unione civile ☐ Relazione amicale ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

Chi è il beneficiario?

È la persona fisica avente diritto alla prestazione assicurata.

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

N° proposta: _____ _____

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

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 contrante" 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	☐ NO ☐ 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*	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti	☐ Fiduciaria di amministrazione ☐ Fondazione ☐ Trust ☐ Nessuna delle precedenti
Catena partecipativa complessa*	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Indirizzo Sede Legale*		
Comune Sede Legale*		
Provincia Sede Legale*		
Stato Sede Legale* (se diverso da Italia)		
Recapito* Da indicare obbligatoriamente almeno l'indirizzo Indirizzo (via - località - CAP - Stato)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Telefono/Cellulare	_____	_____
E-mail	_____ _____	_____ _____
Rapporto tra beneficiario e contraente*	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____	☐ Rapporti di lavoro/affari ☐ Beneficienza/liberalità ☐ Altro (specificare) _____

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

La somma delle percentuali di tutti i beneficiari individuati 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.

FAC-SIMILE

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

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

N° proposta: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

3 〉 DEFINISCI LA TUA TUTELA

Nome Prodotto	☐ Prodotto 0476V /BG Life*Care* non fumatori ed. 04/2018 ☐ Prodotto 0476W /BG Life*Care* fumatori ed. 04/2018
Capitale assicurato	€ _____
Durata del contratto	☐ cifre ☐ lettere
Assicurazioni Complementari	☐ Assicurazione complementare "Critical Illness" ☐ 50% *oppure* ☐ 100% ☐ 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	☐ annuale ☐ semestrale ☐ 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.

FAC-SIMILE

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 DEI PREMI SUCCESSIVI

MAV	☐
S.D.D.	☐

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.

Aggiornamento: Giugno 2025

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: _____

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 dalla domanda 1b) qualora al punto 3 "definisci la tua tutela" hai barrato la casella relativa al prodotto fumatore.

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, con riduzione di durata, con esclusioni/quali, posticipato)*.

_____

5 Ha mai sottoscritto una proposta di assicurazione sulla vita, a copertura di malattie gravi *(Dread Disease)*, invalidità, infortuni, o per 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:

_____

FAC-SIMILE

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.

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

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.

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)

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 e/o esplosive.

Altro (precisare dettagliatamente)

_____

Qual è stata la sua professione [illegible] mesi [illegible] passato? _____

Ha dovuto cambiare professione o mansione 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)

FAC-SIMILE

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 **SI** **NO**

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.

FAC-SIMILE

7 〉 I MIEI CONSENSI PRIVACY

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

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

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

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

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".

8 〉 LE TUE DICHIARAZIONI

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

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

Scopo e natura del rapporto continuativo

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

☑ Protezione

FAC-SIMILE

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 presenta 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.	☐

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.

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 [illegible] prima che dopo la sottoscrizione del Questionario sanitario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che [illegible] in possesso [illegible] notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, [illegible] la Assicurazioni creda di rivolgersi, espressamente autorizzando [illegible] a trasmettere ogni relativa informazione, certificazione e documentazione; di **acconsentire** [illegible] la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi;
- 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.

FAC-SIMILE

N° proposta: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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

N° proposta: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 presenta 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.)	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ
Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP? (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai	☐ Politico/Istituzionale ☐ Societario ☐ Associazioni ☐ Fondazioni ☐ No, mai

FAC-SIMILE

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

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____

GENERALI BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

	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)	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ Disponente/Fondatore	☐ Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% ☐ Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ____% ☐ Controllo con influenza dominante ☐ Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) ☐ Fiduciante ☐ Beneficiario individuato ☐ 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	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ	☐ NO ☐ SÌ

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

Io sottoscritto dichiaro che:

Barrare obbligatoriamente una delle due caselle

FAC-SIMILE

	TITOLARE EFFETTIVO 1	TITOLARE EFFETTIVO 2	TITOLARE EFFETTIVO 3	TITOLARE EFFETTIVO 4
Non ha residenze fiscali fuori dall'Italia	☐	☐	☐	☐
Ha residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:	☐	☐	☐	☐
	PAESE 1	PAESE 1	PAESE 1	PAESE 1
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 2	PAESE 2	PAESE 2	PAESE 2
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 3	PAESE 3	PAESE 3	PAESE 3
	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO	CODICE IDENTIFICATIVO FISCALE ESTERO
	PAESE 4	PAESE 4	PAESE 4	PAESE 4
	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:

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____

BG VITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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 [illegible] in mia presenza.

FAC-SIMILE

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

N° proposta: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

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

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

Denominazione sociale beneficiario _____

FAC-SIMILE

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

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

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

Data _____ Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Giugno 2025

N° proposta: _____ _____

BG VITA GENERALI

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

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

Io sottoscritto _____ _____

COGNOME NOME

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

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

Denominazione sociale beneficiario _____

FAC-SIMILE

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

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

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

Data _____ Luogo _____

Firma del CONTRAENTE o dell'EVENTUALE ESECUTORE

Aggiornamento: Giugno 2025

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

Nome Consulente	
Cognome Consulente	
Codice	
Firma del CONSULENTE BANCA GENERALI PRIVATE	

FAC-SIMILE

N° proposta: _____ _____

GENERALI BGVITA

BG LifeCare

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

1 I TUOI DATI | 2 L'ASSICURANDO E I BENEFICIARI | 3 DEFINISCI LA TUA TUTELA | 4 IL TUO STILE DI VITA | 5 REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA | 6 RECESSO DAL CONTRATTO | 7 I MIEI CONSENSI PRIVACY | 8 LE TUE DICHIARAZIONI | ALLEGATI

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										

Dati del creditore

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

Codice identificativo: IT33002000010908160012

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

Dati del 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 o da 8 o da 11 caratteri)

Tipo pagamento: ricorrente

FAC-SIMILE

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

GENERALI

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

Aggiornamento: Giugno 2025

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