

AlleRendita

Linea Previdenza

Contratto di assicurazione sulla vita di rendita vitalizia rivalutabile immediata

Il presente Fascicolo informativo, contenente

- a) Scheda sintetica
- b) Nota informativa
- c) Condizioni di Polizza comprensive di Regolamento della Gestione interna separata
- d) Glossario
- e) Modulo di proposta

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota informativa.



ALLEANZA
ASSICURAZIONI



SCHEDA SINTETICA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica non sostituisce la Nota informativa.

Essa mira a dare al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti sul contratto.

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

Alleanza Assicurazioni è una Società per azioni quotata presso la Borsa Italiana S.p.A. con sede legale e uffici amministrativi in Milano, Viale Luigi Sturzo, 35, cap 20154.

La Società fa parte del Gruppo Assicurazioni Generali S.p.A. che esercita l'attività di direzione e coordinamento.

1.b) Denominazione del contratto

AlleRendita

1.c) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dall'Impresa e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una Gestione interna separata di attivi.

1.d) Durata

Il contratto prevede l'erogazione di una rendita vitalizia rivalutabile.

1.e) Pagamento dei premi

Il contratto prevede il pagamento di un premio unico di importo minimo pari a € 25.000; è prevista la possibilità di effettuare versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a € 2.500.

Il premio massimo (comprensivo di eventuali versamenti aggiuntivi) è pari a € 250.000.

2. Caratteristiche del contratto

AlleRendita appartiene alla categoria delle rendite immediate rivalutabili che, a seguito di un versamento unico, garantiscono l'erogazione di una rendita vitalizia che si rivaluta anno dopo anno.

Una parte del premio versato dal Contraente può essere utilizzata dall'Impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di non autosufficienza); conseguentemente la rendita erogata è il risultato della conversione delle somme versate, al netto dei costi e delle predette parti di premio per le coperture di puro rischio.

Per l'illustrazione degli effetti del meccanismo di rivalutazione si rinvia alla sezione F della Nota informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi e delle prestazioni assicurate.

L'Impresa è tenuta a consegnare il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazione:

Prestazioni in caso di vita dell'Assicurato

- Il pagamento immediato ai Beneficiari designati in Polizza dal Contraente di una rendita vitalizia fino a che l'Assicurato è in vita.

Il Contraente può, al momento della sottoscrizione del contratto, chiedere, in alternativa alla prestazione sopra riportata:

- il pagamento immediato ai Beneficiari designati in Polizza dal Contraente di una rendita certa per i primi cinque o dieci anni e successivamente finché l'Assicurato è in vita;

oppure

- il pagamento immediato ai Beneficiari designati in Polizza dal Contraente di una rendita vitalizia fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di un secondo Beneficiario/Assicurato designato in Polizza fino a che questo è in vita.

Prestazioni complementari

- In caso di decesso dell'Assicurato causato da infortunio, il pagamento ai Beneficiari di un capitale.
- In caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, il pagamento all'Assicurato stesso di una rendita da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

Il contratto prevede il riconoscimento di un tasso minimo garantito pari al 2% annuo. Maggiori informazioni sono fornite in Nota informativa alla sezione B. In ogni caso la copertura assicurativa e i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli Articoli 1, 2 e 3 delle Condizioni di Polizza.

4. Illustrazione dei dati storici di rendimento della Gestione interna separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla Gestione interna separata "AlleRendita" negli ultimi anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati.

Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla Gestione interna separata	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati	Rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni	Inflazione
2001	7,06%	6,06%	4,93%	2,70%
2002	4,52%	3,52%	4,67%	2,50%
2003	6,04%	5,04%	3,73%	2,50%
2004	5,00%	4,00%	3,59%	2,00%

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

5. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione E della Nota informativa.



Alleanza Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A.

IL PRESIDENTE

Amato Luigi Molinari

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

Ugo Ruffolo

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La presente Nota informativa ha lo scopo di fornire al Contraente tutte le informazioni preliminari necessarie per conoscere in modo corretto e completo le caratteristiche della Polizza, denominata **ALLERENDITA**.

La Nota informativa si articola in sei sezioni:

- a) Informazioni sull'Impresa di assicurazione
- b) Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte
- c) Informazioni sulla Gestione interna separata
- d) Informazioni sui costi e regime fiscale
- e) Altre informazioni sul contratto
- f) Progetto esemplificativo delle prestazioni

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

- a) Alleanza Assicurazioni è una Società per azioni quotata presso la Borsa Italiana S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurazioni Generali S.p.A. che esercita l'attività di direzione e coordinamento.
- b) La sede legale e gli uffici amministrativi sono in Milano, Viale Luigi Sturzo, 35, cap 20154.
- c) Per informazioni è possibile rivolgersi all'Ufficio Customer Care telefonando al numero 02.62.96.1.

Oppure è possibile scrivere a:

– via posta:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Customer Care
Viale Luigi Sturzo, 35
20154 Milano

– via fax: n° **02.65.49.92**

– via e-mail: **customercareonline@alleanza.it**

- d) La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell' Art. 64 del R.D.L. n° 966 del 29 aprile 1923.
- e) La Società di revisione è la Reconta Ernst & Young S.p.A., con sede legale in Roma, Via G.D. Romagnosi, 18/A.

2. Conflitto di interessi

La Società ha al momento conferito a Generali Asset Management S.g.r. mandato per la gestione patrimoniale degli attivi.

La Società, nella gestione degli attivi che compongono la Gestione interna separata "AlleRendita", può sottoscrivere strumenti finanziari, ivi comprese parti di OICR, emessi da Società facenti parte del Gruppo Assicurazioni Generali S.p.A. o con cui intrattenga rapporti di affari rilevanti.

La Società, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

Non sono previsti accordi di riconoscimento di utilità da parte di terzi inerenti gli attivi che compongono la Gestione interna separata. Alcuni dei regolamenti degli OICR in cui possono essere investiti detti attivi prevedono la retrocessione di commissioni alla Società sotto forma di attribuzione di nuove quote che sono, in ogni caso, poste a beneficio degli Assicurati. Indipendentemente dall'esistenza dei citati accordi, la Società si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

Eventuali retrocessioni di utilità saranno riportate nel Rendiconto annuale della Gestione interna separata.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede il pagamento di una rendita vitalizia immediata a favore di un Beneficiario designato in Polizza dal Contraente (prestazione principale).

È possibile sottoscrivere coperture complementari per morte dovuta a infortuni e per il caso di perdita di autosufficienza (coperture complementari).

Una parte del premio versato dal Contraente è utilizzata dall'Impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità e di non autosufficienza); conseguentemente la rendita erogata è il risultato della conversione delle somme versate, al netto dei costi e delle predette parti di premio per le coperture di puro rischio.

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO

Il contratto prevede il pagamento di una rendita vitalizia posticipata immediata, il cui importo è indicato in Polizza, che si rivaluta annualmente per effetto della partecipazione agli utili. Tale rendita viene erogata a partire dal mese successivo la data di decorrenza del contratto se il Contraente ha scelto l'erogazione della rendita mensile, a partire dal terzo mese se ha scelto l'erogazione trimestrale, a partire dal sesto mese se ha scelto l'erogazione semestrale oppure al primo anniversario della data di decorrenza del contratto se ha scelto l'erogazione della rendita annuale.

La rendita viene erogata fintanto che è in vita l'Assicurato.

Il Contraente può, al momento della sottoscrizione del contratto, chiedere che la prestazione venga erogata sotto forma di una rendita:

– pagabile in modo certo per i primi cinque o dieci anni e successivamente vitalizia;

oppure

– vitalizia reversibile (totalmente o parzialmente) a favore di altra persona designata e fino a che quest'ultima è in vita.

La rivalutazione non potrà essere inferiore a quella calcolata sulla base del rendimento minimo garantito pari al 2% annuo.

PRESTAZIONE COMPLEMENTARE IN CASO DI MORTE DOVUTA A INFORTUNI (garanzia complementare disponibile solo se il Contraente non ha richiesto che la rendita assicurata venga erogata sotto forma di rendita pagabile in modo certo per i primi cinque o dieci anni, né sotto forma di rendita reversibile a favore di altra persona)

Se il contratto prevede la “garanzia complementare per il caso di morte conseguente a infortunio”, qualora il decesso dell’Assicurato sia dovuto a cause accidentali, viene pagato ai Beneficiari un capitale pari a tante volte la rata annua di rendita assicurata in vigore quanti sono gli anni di durata di detta assicurazione complementare meno gli anni interi già trascorsi dalla data di decorrenza al momento del decesso.

La durata dell’assicurazione complementare è pari a dieci anni se l’età dell’Assicurato alla data di decorrenza non supera i sessant’anni, altrimenti è pari a settanta meno l’età dell’Assicurato alla data di decorrenza.

Si rinvia all’Articolo 2 delle Condizioni di Polizza per il dettaglio delle esclusioni della garanzia.

PRESTAZIONE COMPLEMENTARE IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICENZA (garanzia complementare disponibile solo se il Contraente non ha richiesto che la rendita assicurata venga erogata sotto forma di rendita pagabile in modo certo per i primi cinque o dieci anni, né sotto forma di rendita reversibile a favore di altra persona)

Se il contratto prevede la “garanzia di prestazione in caso di perdita di autosufficienza”, in caso di riconoscimento della perdita di autosufficienza permanente dell’Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, viene pagata, in aggiunta alla rendita annua in vigore, un’ulteriore rendita annua di pari importo, erogata contestualmente e con le medesime modalità della rendita di base. Tale rendita viene rivalutata annualmente, contestualmente e con le stesse modalità della rendita di base.

La perdita di autosufficienza avviene quando l’Assicurato non è più in grado di compiere autonomamente le azioni della vita quotidiana quali farsi il bagno, vestirsi, lavarsi, muoversi, contenersi, bere e mangiare. Poiché tali azioni possono svolgersi con un diverso grado di autonomia, ai fini della prestazione bisogna raggiungere un punteggio di 40 punti stabilito con i criteri e le modalità riportati nella tabella di cui all’Art. 2 delle Condizioni di Polizza.

Inoltre, l’incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente: se l’Assicurato riacquista l’autosufficienza, cessano le prestazioni previste per la perdita di autosufficienza, pur rimanendo l’assicurazione complementare in vigore. La Società può effettuare l’accertamento in qualunque tempo, ma non più di una volta ogni tre anni.

Questa assicurazione richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato mediante visita medica. Durante il primo anno di assicurazione, qualora la perdita di autosufficienza non sia conseguenza diretta di infortunio, è prevista la restituzione del versamento effettuato relativo all’assicurazione complementare al netto del caricamento, con la conseguente estinzione di quest’ultima.

È di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall’Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione contrattuale.

Si rinvia all’Articolo 2 delle Condizioni di Polizza per il dettaglio delle esclusioni della garanzia.

4. Premi

Il premio è determinato in relazione all'ammontare delle garanzie prestate, all'età e al sesso dell'Assicurato.

Il contratto prevede che il premio sia pagato in una unica soluzione con un importo almeno pari a € 25.000: è comunque possibile effettuare, ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a € 2.500.

La prestazione derivante da ogni versamento aggiuntivo sarà integrata, ove l'età dell'Assicurato non lo impedisca, dalla stesse prestazioni complementari operanti sulla Polizza base cui i versamenti aggiuntivi si riferiscono.

La somma dei premi versati non potrà comunque essere superiore a € 250.000.

Il contratto prevede il pagamento di un premio lordo unico così composto:

- premio relativo alla prestazione principale determinato per ciascun Assicurato in base a statistiche sulla durata della vita umana (Statistica Italiana maschi e femmine della Ragioneria Generale di Stato - RG 48 corretta) e al tasso tecnico (tasso pari allo 0%);
- eventuale premio della prestazione complementare in caso di morte per infortunio, calcolato nella misura dell'1 per mille del capitale assicurato in ciascun anno;
- eventuale premio della prestazione complementare in caso di perdita di autosufficienza, calcolato per ciascun Assicurato in base a statistiche sulla durata della vita umana (Statistica Italiana maschi e femmine della Ragioneria Generale di Stato - RG 48), tavola per la perdita di autosufficienza desunte dall'esperienza giapponese per il sesso maschile opportunamente modificate e al tasso tecnico (tasso pari allo 0%);
- costi di intermediazione, consulenza e gestione (caricamenti) per la determinazione dei quali si rinvia al punto 7.1.

La Società accetta quale mezzo di pagamento del premio:

- assegno non trasferibile intestato ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. (bancario, circolare o postale);
- bonifico bancario.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Dal premio investito si determina la prestazione inizialmente assicurata fissata alla stipula del contratto.

La prestazione iniziale si incrementa di anno in anno per effetto della partecipazione agli utili.

La partecipazione agli utili viene riconosciuta una volta all'anno sulla base del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione interna denominata "AlleRendita", separata dalle altre attività della Società (si rinvia alla sezione C della Nota informativa per i dettagli).

La partecipazione agli utili viene assegnata a ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, mediante rivalutazione della rendita inizialmente assicurata o in vigore nell'anno precedente.

Tale rivalutazione viene conteggiata sulla base del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione interna separata denominata "AlleRendita" diminuito delle spese previste (si rinvia al punto 7.2).

"AlleRendita", cui è collegata la rivalutazione delle prestazioni previste dal contratto, è disciplinato dallo stesso Regolamento riportato nelle Condizioni di Polizza.

Ogni anno, sulla base del rendimento finanziario effettivamente realizzato, si procede ad aggiornare le prestazioni e comunicare al Contraente l'ammontare certo della rivalutazione assegnata che da quel momento si consolida costituendo, per la Società, impegno contrattuale.

Per l'illustrazione degli effetti del meccanismo di rivalutazione si rinvia alla sezione F della Nota informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi e delle prestazioni assicurate.

La Società si impegna a consegnare al Contraente, al più tardi al momento in cui è informato che il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

C. Informazioni sulla Gestione interna separata

6. Gestione interna separata

- a) La Gestione interna separata è denominata **"AlleRendita"**
- b) La valuta di denominazione è l'Euro
- c) Finalità della gestione è la massimizzazione del rendimento nel rispetto delle garanzie prestate agli Assicurati, tenendo conto della volatilità degli strumenti finanziari utilizzati. La garanzia prestata dalla Compagnia, al momento della redazione della presente Nota informativa, comporta una rivalutazione annua minima del Fondo AlleRendita a tassi del 2,50% e del 2% a seconda della tipologia di Polizze commercializzate dalla Compagnia.
- d) Il periodo di osservazione per determinare il rendimento decorre dal 1 novembre al 31 ottobre successivo.
- e) La composizione del portafoglio è prevalentemente obbligazionaria: vengono privilegiati titoli a reddito fisso quali BTP, CCT, ed altre obbligazioni, ad elevato standard creditizio, quotate in euro. Non sono previsti dal regolamento limiti di investimento diversi da quelli emanati dall'Organismo di Vigilanza.
- f) Non è previsto nella gestione alcun limite per gli investimenti finanziari emessi o gestiti da soggetti appartenenti al gruppo.
- g) L'allocazione degli investimenti viene effettuata in massima parte in strumenti obbligazionari, selezionati in modo da ridurre al minimo il rischio di credito presente in portafoglio mantenendo una esposizione contenuta al rischio di variazione dei tassi di interesse.

Alleanza Assicurazioni ha conferito a Generali Asset Management S.g.r. mandato per la gestione patrimoniale degli attivi.

La Società di revisione che certifica la Gestione interna separata è la Reconta Ernst Young.

Si rinvia, per i dettagli, al Regolamento della "Gestione AlleRendita".

D. Informazioni sui costi e regime fiscale

7. Costi

7.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

Di seguito si riportano i costi applicati ai premi versati:

TIPOLOGIA	IMPORTO	PERIODICITÀ ADDEBITO	MODALITÀ PRELIEVO
Spese di emissione del contratto	€ 6	In unica soluzione all'atto della sottoscrizione	Maggiorazione del primo premio versato
Caricamenti	PERCENTUALE SUL PREMIO VERSATO		
Sulla parte di premio versato fino a € 50.000	4%	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Sulla parte di premio versato da € 50.000 a € 125.000	3%	A ogni versamento	Incluso nel premio versato
Sulla parte di premio versato da € 125.000 a € 250.000	2%	A ogni versamento	Incluso nel premio versato

La Società si impegna a comunicare il costo derivante dalla specifica combinazione delle variabili anzidette nel Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

7.2 Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della Gestione

La Società comunica entro il 31 dicembre di ciascun anno il rendimento da attribuire ai contratti. Tale rendimento sarà pari al minore tra i seguenti due valori:

Minor valore tra	
Rendimento lordo moltiplicato per l'aliquota di retrocessione applicabile pari al 90%	Rendimento lordo diminuito della percentuale fissa dell'1% (rendimento minimo trattenuto)

8. Regime fiscale

Il contratto stipulato in Italia con soggetti ivi residenti è soggetto alla normativa fiscale italiana, che prevede:

- una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche (I.R.Pe.F.) relativamente alla "quota parte" dei premi complessivamente versati per la copertura assicurativa dei rischi di morte e/o del rischio di perdita di autosufficienza (opzioni di cui all'Art. 2 delle Condizioni di Polizza). Tale detrazione è riconosciuta nella misura del 19% dei premi versati che, su base annua, non possono eccedere l'importo massimo di € 1.291,14. La detrazione è riconosciuta, nei limiti anzidetti, al Contraente per le polizze vita in cui l'Assicurato è il Contraente stesso oppure un familiare fiscalmente a carico;
- la totale esenzione da imposte della prestazione assicurativa corrisposta in caso di decesso dell'Assicurato;
- la parziale esenzione da imposte della prestazione periodica principale, afferente la rendita vitalizia ordinaria, che non è assoggettabile a tassazione fino alla concorrenza della quota della stessa corrispondente alla restituzione del premio versato;
- la totale esenzione da imposte della prestazione periodica complementare afferente la rendita vitalizia erogabile nel caso in cui si verifichi la non autosufficienza dell'Assicurato;
- l'imposta sostitutiva del 12,5% applicata sui rendimenti annualmente maturati durante il periodo di erogazione della rendita.

E. Altre informazioni sul contratto

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si considera perfezionato quando il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Società. Questo avviene con la consegna della Polizza.

La data di decorrenza della copertura assicurativa coincide con la data di perfezionamento del contratto.

10. Riscatto

Il presente contratto non prevede la possibilità di riscatto.

11. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta prima della conclusione del contratto, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, indirizzata ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Assunzione Rischi, Viale Luigi Sturzo 35, 20154 Milano.

La comunicazione di revoca deve contenere l'indicazione del codice dell'Agenzia Generale e del numero di proposta, entrambi reperibili dalla proposta stessa.

A seguito della revoca la Società rimborserà il Cliente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, quanto versato al netto delle spese sostenute pari a € 6.

12. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data del suo perfezionamento, inviando una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Assunzione Rischi, Viale Luigi Sturzo 35, 20154 Milano.

A seguito del recesso il Contraente e la Società sono liberi da qualsiasi obbligo derivante dal contratto. Inoltre, la Società rimborserà al Cliente, entro trenta giorni dal ricevimento della suddetta raccomandata, il premio versato al netto delle spese di emissione sostenute pari a € 6.

13. Documentazione da consegnare all' Impresa per la liquidazione delle prestazioni

Per ottenere qualsiasi tipo di pagamento la Società consiglia al Contraente, o agli aventi diritto, di recarsi presso l'Agenzia Generale che gestisce il contratto e di compilare, con l'aiuto del personale di Agenzia, il modulo di liquidazione che è incluso nel Fascicolo informativo (Allegato 2).

In alternativa, il richiedente può rivolgersi direttamente alla Direzione Generale della Società, inviando la documentazione prevista dalle Condizioni di Polizza (Art. 11) tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione prevista, effettua il pagamento presso l'Agenzia Generale che gestisce il contratto, presso la Direzione oppure tramite bonifico bancario in base alla richiesta dell'avente diritto.

Si ricorda che i diritti derivanti da un contratto di assicurazione cadono in prescrizione dopo un anno dal momento in cui possono essere fatti valere (Art. 2952 C. C.).

14. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana, la quale al riguardo prevede in particolare che:

- il Beneficiario della Polizza, per effetto della designazione, è titolare di un diritto proprio nei confronti delle somme assicurate che, in caso di premorienza, non rientrano nell'asse ereditario dell'Assicurato (Art. 1920 C.C.);
- la designazione del Beneficiario è revocabile in qualsiasi momento con dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento. La revoca non può essere operata dagli eredi del Contraente dopo la sua morte (Art. 1921 C.C.);
- le somme dovute in dipendenza di contratti d'assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (Art. 1923 C.C.);
- il Contraente ha l'obbligo, qualora non si avvalga del diritto di recesso, di versare la prima annualità di premio (Art. 1924 C.C.).

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e i documenti ad esso allegati sono redatti in lingua italiana.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto:

- presso la Direzione Generale della Società, Ufficio Customer Care - Viale Luigi Sturzo, 35 20154 Milano, oppure
- tramite fax: 02.65.49.92, oppure
- tramite e-mail: customercareonline@alleanza.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. Ulteriore informativa disponibile

In caso di eventuale richiesta, la Società si impegna a consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto l'ultimo rendiconto annuale della Gestione interna separata e l'ultimo prospetto riportante la composizione della Gestione stessa.

Tali documenti sono in ogni caso disponibili anche sul sito Internet della Compagnia: www.alleanza.it

18. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa o nel Regolamento della Gestione interna separata.

La Società entro sessanta giorni dalla data prevista nelle Condizioni di Polizza per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, invierà al Contraente l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente alcune informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento;
- c) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- d) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, tasso annuo di rendimento retrocesso, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

F. Progetto esemplificativo delle prestazioni

Le Tabelle che seguono riportano una esemplificazione dello sviluppo dei premi e delle prestazioni assicurate previsti dal contratto. L'elaborazione delle Tabelle viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, sesso ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate di seguito riportate sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento **minimo garantito** contrattualmente;
- b) **una ipotesi** di rendimento annuo costante stabilito dall'ISVAP e pari, al momento di redazione della presente tabella, al 4%. Al predetto tasso di rendimento si applica il minimo trattenuto dall'Impresa, pari all'1%, indicato nelle Condizioni di Polizza.

I valori sviluppati in base **al tasso minimo garantito** rappresentano le prestazioni certe che **l'Impresa è tenuta a corrispondere** in base alle Condizioni di Polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'ISVAP sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'Impresa. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso annuo di rendimento minimo garantito: **2%**
- Et  dell'Assicurato: **60 anni**
- Sviluppo del progetto: **20 anni**
- Sesso dell'Assicurato: **maschio**
- Premio unico: **€ 25.000**

Anni trascorsi	Premi versati	Rendita annua assicurata
1	€ 25.000,00	€ 1.028,54
2	-	€ 1.049,11
3	-	€ 1.070,09
4	-	€ 1.091,50
5	-	€ 1.113,33
6	-	€ 1.135,59
7	-	€ 1.158,30
8	-	€ 1.181,47
9	-	€ 1.205,10
10	-	€ 1.229,20
11	-	€ 1.253,79
12	-	€ 1.278,86
13	-	€ 1.304,44
14	-	€ 1.330,53
15	-	€ 1.357,14
16	-	€ 1.384,28
17	-	€ 1.411,97
18	-	€ 1.440,21
19	-	€ 1.469,01
20	-	€ 1.498,39

Le prestazioni indicate nella tabella sopra riportata sono al lordo degli oneri fiscali.

B) TASSO DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario annuo: **4%**
- Trattenuto dal rendimento finanziario: **1%**
- Tasso di rendimento retrocesso: **3%**
- Età dell'Assicurato: **60 anni**
- Sviluppo del progetto: **20 anni**
- Sesso dell'Assicurato: **maschio**
- Premio unico: **€ 25.000**

Anni trascorsi	Premi versati	Rendita annua assicurata
1	€ 25.000,00	€ 1.038,63
2	-	€ 1.069,78
3	-	€ 1.101,88
4	-	€ 1.134,93
5	-	€ 1.168,98
6	-	€ 1.204,05
7	-	€ 1.240,17
8	-	€ 1.277,38
9	-	€ 1.315,70
10	-	€ 1.355,17
11	-	€ 1.395,83
12	-	€ 1.437,70
13	-	€ 1.480,83
14	-	€ 1.525,26
15	-	€ 1.571,01
16	-	€ 1.618,14
17	-	€ 1.666,69
18	-	€ 1.716,69
19	-	€ 1.768,19
20	-	€ 1.821,24

Le prestazioni indicate nella tabella sopra riportata sono al lordo degli oneri fiscali.



Alleanza Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A.

IL PRESIDENTE

Amato Luigi Molinari

L'AMMINISTRATORE DELEGATO

Ugo Ruffolo

CONDIZIONI DI POLIZZA

Contratto di assicurazione sulla vita di rendita vitalizia rivalutabile immediata a premio unico con prestazioni complementari

• Art. 1 - Prestazioni assicurate di base

Con il presente contratto di assicurazione la Società si impegna a pagare, fino a che l'Assicurato è in vita, una rendita annua.

La rendita si rivaluta annualmente con le modalità indicate al successivo Art. 3. È comunque garantito il rendimento minimo indicato nella Polizza.

Il Contraente, all'atto di sottoscrizione della proposta, può richiedere che la rendita assicurata sia:

- a) erogabile semestralmente, trimestralmente o mensilmente; oppure
- b) pagabile in modo certo per i primi cinque o dieci anni e successivamente vitalizia; oppure
- c) reversibile totalmente o parzialmente a favore del sopravvivate designato.

L'opzione è operante solo se indicato nella Polizza.

• Art. 2 - Prestazioni complementari

Le prestazioni di cui al precedente Art. 1 possono essere integrate, su richiesta del Contraente, da una o entrambe le seguenti prestazioni.

Le prestazioni complementari sono operanti solo se espressamente indicato nella Polizza. In questo caso, il premio ivi indicato è comprensivo del premio dovuto per dette prestazioni complementari.

È possibile sottoscrivere una o entrambe le assicurazioni complementari solo se il Contraente non ha richiesto le opzioni b) e c) di cui all'Art. 1.

Assicurazione per il caso di morte per infortunio

In caso di morte dell'Assicurato conseguente ad infortunio la Società si impegna a pagare ai Beneficiari una somma equivalente a un numero di rate annue di rendita in vigore pari alla durata dell'assicurazione complementare meno gli anni interamente trascorsi dalla data della decorrenza alla data del decesso.

È possibile sottoscrivere l'assicurazione per il caso di morte per infortunio solo se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza è inferiore a settanta anni.

La durata dell'assicurazione complementare è di dieci anni se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza non è superiore a sessanta anni; altrimenti tale durata è pari a settanta meno l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza.

La durata dell'assicurazione complementare derivante da versamento aggiuntivo viene calcolata in relazione alla data di decorrenza dell'assicurazione derivante da tale versamento aggiuntivo; la rata annua di rendita cui si fa riferimento per determinare la prestazione assicurata in caso di decesso è quella derivante dal versamento aggiuntivo in questione.

Per infortunio (cui non sono riconducibili ictus e infarto) s'intende l'evento che produce lesioni obiettivamente constatabili, subite dall'Assicurato per fatti esterni indipendenti dalla sua volontà e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della sua morte e purché questa avvenga entro un anno dal giorno in cui si sono verificate le lesioni anzidette.

Agli effetti della limitazione dell'assicurazione, è esclusa la morte dovuta a lesioni derivanti:

- a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b) dalla partecipazione a corse e gare in genere e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis) e dall'esercizio dei seguenti sport: alpinismo con accesso a ghiacciai e scalate di rocce, guidoslitta, motoslitta, salti dal trampolino con sci, pugilato, lotta nelle sue varie forme e immersione subacquea nelle sue varie forme;
- c) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei e dal rischio di volo, salvo quello dei viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero di linee aeree regolari;
- d) da guerra dichiarata o non dichiarata, eventi di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare sarà considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;
- e) da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, da inondazioni, da influenze termiche e atmosferiche, quelle che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- f) 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;
- g) 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 di operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

In questi casi, ad eccezione della morte causata da attività dolosa del Beneficiario, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata alla data della morte.

Assicurazione per il caso di perdita di autosufficienza

In caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana la Società si impegna a pagare all'Assicurato, in aggiunta alla rendita assicurata, una ulteriore rendita di pari importo erogabile contestualmente e con le stesse modalità della rendita base. Tale rendita viene rivalutata annualmente contestualmente e con le stesse modalità della rendita di base.

È possibile sottoscrivere l'assicurazione per il caso di perdita di autosufficienza solo se l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza non supera i settantacinque anni.

La perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo presumibilmente permanente, avviene quando l'Assicurato è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- | | |
|-------------------------------|--------------------|
| • farsi il bagno o la doccia; | • mobilità; |
| • vestirsi e svestirsi; | • continenza; |
| • igiene del corpo; | • bere e mangiare. |

La perdita di autosufficienza ai fini della presente assicurazione viene riconosciuta quando l'Assicurato abbia raggiunto il punteggio di almeno quaranta punti con i criteri e le modalità descritti nella tabella di seguito riportata.

Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

Farsi il bagno e/o la doccia		
1° grado	l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e/o dalla doccia	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e/o dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno e/o la doccia	punteggio 10
Vestirsi e svestirsi		
1° grado	l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	punteggio 10
Igiene del corpo		
1° grado	l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività	punteggio 10
Mobilità		
1° grado	l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	punteggio 10

Continenza		
1° grado	l'Assicurato è completamente continente	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia	punteggio 10
Bere e mangiare		
1° grado	l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: – sminuzzare/tagliare il cibo – sbucciare la frutta – aprire un contenitore/una scatola – versare bevande nel bicchiere	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e di mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	punteggio 10

È esclusa dall'assicurazione la perdita di autosufficienza causata da:

- a) attività dolosa del Contraente;
- b) attività dolosa dell'Assicurato;
- c) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d) contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- e) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- f) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- g) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di mezzo aereo non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- h) attività sportiva dichiarata come non praticata al momento della sottoscrizione della proposta di contratto anche se intrapresa successivamente a tale momento.

In questi casi, ad eccezione della fattispecie indicata alla lettera b) per la quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde il versamento effettuato relativo alla copertura per il caso di perdita di autosufficienza al netto del caricamento.

L'assicurazione per il caso di perdita di autosufficienza viene assunta con visita medica. È previsto un periodo di carenza coincidente con il primo anno di assicurazione durante il quale, nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, l'assicurazione complementare si estingue, e la Società corrisponde il versamento effettuato relativo alla copertura complementare al netto del caricamento.

Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione. Per infortunio (cui non sono riconducibili ictus e infarto) si intende l'evento che produce lesioni obiettivamente constatabili, subite dall'Assicurato per fatti esterni indipendenti dalla sua volontà e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della perdita di autosufficienza.

Qualora l'Assicurato abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari per accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza è di sette anni; nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza in questo periodo, dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, l'assicurazione complementare si estingue, e la Società corrisponde il versamento effettuato relativo alla copertura complementare al netto del caricamento.

• Art. 3 - Rivalutazione delle prestazioni

Il contratto fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alla quale la Società riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni. A tal fine la Società gestisce le attività maturate (attività a copertura delle riserve matematiche) nell'apposita Gestione interna separata denominata "Gestione AlleRendita" secondo le modalità e i criteri previsti nell'allegato Regolamento.

La Società riconosce quindi al contratto una rivalutazione annua delle prestazioni nella misura e secondo le modalità di seguito indicate.

Misura della rivalutazione annua

La Società comunica entro il 31 dicembre di ciascun anno il rendimento da attribuire agli Assicurati, ottenuto moltiplicando il rendimento annuo della "Gestione AlleRendita" (Punto 3 del relativo Regolamento) per l'aliquota di partecipazione pari al 90%.

Il rendimento attribuito, che non può comunque essere superiore al rendimento annuo della "Gestione AlleRendita" diminuito di un punto, viene riconosciuto anche ai versamenti aggiuntivi e alla prestazione per il caso di perdita di autosufficienza.

La misura annua di rivalutazione è pari al rendimento attribuito.

Attribuzione della rivalutazione annua

La prestazione rivalutata sarà determinata sommando alla prestazione in vigore nel periodo annuale precedente un importo pari al prodotto della prestazione in vigore nel periodo annuale precedente per la misura della rivalutazione.

Comunicazione della rivalutazione annua

L'aumento delle prestazioni al lordo dell'imposta sostitutiva viene annualmente comunicato al Contraente.

• Art. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurando devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il consenso all'assunzione del rischio, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa ha diritto, in presenza di dolo o colpa grave, di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, e/o di rifiutare, in caso di sinistro o perdita di autosufficienza e in ogni tempo, qualsiasi pagamento.

Nei casi in cui non esiste dolo o colpa grave, la Società ha diritto di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, e/o di ridurre, in caso di sinistro o perdita di autosufficienza e in ogni tempo, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

Trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta con dolo o con colpa grave.

L'indicazione non esatta dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

• Art. 5 - Beneficiari

Il Contraente designa il/i Beneficiario/i e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione mediante comunicazione scritta alla Società o per testamento.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

- il Contraente e il/i Beneficiario/i abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- si sia verificata la morte del Contraente;
- i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio dopo la morte dell'Assicurato.

In tali casi le operazioni di riscatto, recesso, pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

• Art. 6 - Conclusione ed efficacia del contratto, diritto di recesso

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Società abbia consegnato al Contraente la Polizza.

Gli effetti del contratto decorrono, sempre che sia stato pagato il relativo premio, dalle ore ventiquattro della data di decorrenza indicata nella Polizza.

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Assunzione Rischi – Viale Luigi Sturzo 35, 20154 Milano.

Il recesso libera sia il Contraente che la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal momento in cui la relativa comunicazione arriva a destinazione.

La Società è tenuta a rimborsare al Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione della Polizza il cui importo è indicato nella proposta.

• Art. 7 - Pagamento del premio

Le prestazioni sono riconosciute a fronte del versamento di un premio comprensivo di caricamenti, da pagarsi in un'unica soluzione, il cui ammontare non può essere inferiore a € 25.000 e non può essere superiore a € 250.000.

Il Contraente può effettuare, ad ogni anniversario della data di decorrenza, versamenti aggiuntivi di importo minimo pari a di € 2.500.

La prestazione derivante da ogni versamento aggiuntivo sarà integrata, ove possibile, dalle stesse prestazioni complementari operanti sulla Polizza base cui i versamenti aggiuntivi si riferiscono. La Società si riserva di richiedere che l'Assicurato si sottoponga nuovamente a visita medica in caso di presenza di assicurazione complementare per il caso di perdita di autosufficienza.

I premi possono essere pagati presso:

- il proprio domicilio, grazie al servizio offerto dai Consulenti Alleanza;
- l'Agenzia Generale che gestisce il contratto;
- la Direzione della Società (Viale Luigi Sturzo, 35 – 20154 Milano).

Il pagamento del premio può essere effettuato esclusivamente a mezzo assegno bancario o circolare non trasferibile intestato alla Società, o tramite bonifico bancario.

• Art. 8 - Riscatto e prestiti

Il presente contratto di assicurazione non prevede la possibilità di riscatto né la concessione di prestiti.

• Art. 9 - Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può:

- cedere il contratto ad altri;
- darlo in pegno;
- vincolare le somme assicurate.

Tali operazioni hanno validità giuridica solo quando la Società ne abbia fatto annotazione sul contratto originale o su sua appendice.

In caso di pegno o vincolo, ogni liquidazione deve essere accompagnata dal consenso del creditore pignoratizio o del vincolatario.

Ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2805 del C.C., la Società può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

• Art. 10 - Duplicato della Polizza

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'originale della Polizza, il Contraente o gli aventi diritto possono ottenerne un duplicato sotto la propria responsabilità.

• Art. 11 - Pagamento delle somme assicurate

Prestazioni assicurate di base

La Società eroga la rendita assicurata a partire dal mese successivo la data di decorrenza del contratto se il Contraente ha scelto all'atto della sottoscrizione l'erogazione della rendita mensile, a partire dal terzo mese se ha scelto l'erogazione trimestrale, a partire dal sesto mese se ha scelto l'erogazione semestrale oppure al primo anniversario della data di decorrenza del contratto se ha scelto l'erogazione della rendita annuale.

La Società si riserva di richiedere in qualunque momento un certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

Prestazione complementare per il caso di morte per infortunio

Per i pagamenti conseguenti alla morte devono essere preventivamente consegnati alla Società:

- richiesta scritta dell'avente diritto;
- Polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa;
- nel caso in cui il Contraente o il/i Beneficiario/i siano minori, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la riscossione degli importi ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine all'impiego delle somme liquidate;
- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto;
- certificato anagrafico di morte;
- dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente;
- eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente;
- copia del testamento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Società può richiedere:

- rapporto del medico curante;
- documentazione clinica sanitaria;
- referti autoptici e necroscopici;
- risultanze di eventuali indagini giudiziarie.

La Società effettua ogni pagamento entro trenta giorni dal ricevimento dell'intera documentazione necessaria. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori.

Prestazione complementare per il caso di perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente dovrà richiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, allegando un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto la perdita di autosufficienza.

Nel caso in cui la perdita di autosufficienza sia imputabile a infortunio l'Assicurato dovrà consegnare:

- la dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente;
- eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Società può richiedere risultanze di eventuali indagini giudiziarie.

L'Assicurato dovrà altresì fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenze della perdita di autosufficienza ed assoggettarsi a tutti gli accertamenti di carattere sanitario che la Società giudicasse opportuni.

Ultimati i controlli, la Società comunicherà per iscritto al Contraente se riconosce o meno la perdita di autosufficienza.

Se lo stato di perdita di autosufficienza non viene riconosciuto, il Contraente, ove intenda insistere nella sua richiesta, potrà ricorrere alla seguente procedura arbitrale, comunicando il nome del proprio arbitro.

L'eventuale controversia sull'esistenza della perdita di autosufficienza sarà deferita ad un collegio arbitrale composto da tre medici, scelti i primi due dalle parti, uno per ciascuna, ed il terzo d'accordo dai due primi nominati. In mancanza di accordo, il terzo medico arbitro sarà scelto dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione il Contraente risiede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile. Ciascuna delle parti pagherà le spese e competenze del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

La rendita prevista in caso di perdita di autosufficienza viene corrisposta unitamente alla rendita assicurata di base. L'erogazione ha inizio con la prima rata di rendita assicurata di base successiva alla data di riconoscimento della perdita di autosufficienza, secondo la rateazione prevista dal contratto.

Entro trenta giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza la Società corrisponde le rate di rendita maturate tra la data di denuncia e quella di riconoscimento della perdita di autosufficienza.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori.

Nel periodo di erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, la Società ha il diritto di procedere in qualunque tempo, però non più di una volta ogni tre anni, a successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'Assicurato non raggiunge il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella tabella di cui all'Art. 2, cessa immediatamente l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza. L'assicurazione per il caso di perdita di autosufficienza rimane in vigore alle condizioni del presente contratto.

Ogni pagamento viene effettuato presso l'Agenzia Generale cui è stato assegnato il contratto, presso la Direzione oppure per il tramite di bonifico bancario.

• Art. 12 - Imposte

Le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.

• Art. 13 - Foro Competente

Per le eventuali controversie relative al presente contratto è competente il Foro in cui il Contraente ha la propria residenza o il domicilio.

Allegato 1

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE ALLERENDITA

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome AlleRendita. Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento di AlleRendita.

La Gestione AlleRendita è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo con la Circolare n. 71 del 26.3.87, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

2. La Gestione AlleRendita è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all'Albo di cui al D. Lgs. 24 febbraio 1998 n. 58, la quale attesta la rispondenza di AlleRendita al presente Regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite a AlleRendita, il rendimento annuo di AlleRendita, quale descritto al seguente Punto 3 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

3. Il rendimento annuo di AlleRendita per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario di AlleRendita, di competenza di quell'esercizio, al valore medio di AlleRendita stessa. Per risultato finanziario di AlleRendita si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio – compresi gli utili e le perdite di realizzo conseguiti – al netto degli oneri fiscali e di quelli specifici di gestione degli investimenti.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività in AlleRendita e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione in AlleRendita per i beni già di proprietà della Società.

Per valore medio di AlleRendita si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività di AlleRendita.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione in AlleRendita.

Ai fini della determinazione del rendimento annuo di AlleRendita, l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1 novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno di certificazione.

4. La Società si riserva di apportare al punto 3) di cui sopra quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.



Allegato 2

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE



ALLEANZA ASSICURAZIONI
Società per Azioni con Sede Legale in Viale Luigi Sturzo, 20 - 20154 Milano - Cap. Soc. Euro 423.171.862,5 interamente versato - Registro Imprese Milano e Cod. Fisc. 01834870154
Partita IVA 01312990155 - tel. 02 6296.1 - fax 02 653.718 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 54 del R.D.L. n. 368 del 29.04.1992
www.allianza.it

AGENZIA GENERALE DI _____
Cod. Ag. _____

DATA INVIO PRECEDENTE MOD. 39/01 _____

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE PER
(modello valido per TUTTI i prodotti TRANNE Alleata e AIMeglio)

AC ANTICIPAZ. ALLA CHIRURGIA
 A PRESTITO
 R RISCATTO
 P SCADENZA
 P SCAD. CAP. NON RISCATTABILE
 RP RISCATTO PARZIALE
 E EROGAZIONE RENDITA
 E MALATTIE GRAVI RENDITA LTC
 Q SINISTRO

presentata dal Sig. _____

Contrante e/o Beneficiario della POLIZZA n° _____ ultimo premio pagato _____ / _____ anno

abitante in via _____ Tel. _____

C.A.P. _____ città _____ (prov.) _____

Importo richiesto in caso di riscatto parziale: € _____

	DOCUMENTI PRESENTATI	ALT. ONEROSA	PRESTITO	RISCATTO	SCADENZA	SCADENZA CAP. NON RISCATTAB.	RISCATTO PARZIALE	EROGAZ. RENDITA	MALATTIE GRAVI REND. LTC	SINISTRO
1	polizza o dichiarazione di smarrimento della stessa	SI	SI	SI	SI		SI	SI	SI	SI
2	quietanza dell'ultimo premio pagato (non necessaria per premi unici)	SI	SI	SI	SI			SI	SI	SI
3	decreto del giudice tutelare se l'avente diritto alla liquidazione è minorenne				SI	SI		SI		SI
4	certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o del Beneficiario (per le rendite) ovvero attestazione di esistenza in vita dell'Assicurato (per i capitali non riscattabili)					SI		SI		
5	certificato anagrafico di morte									SI
6	copia del testamento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento									SI
7	rapporto del medico curante (mod. 21) o causa di morte									SI
8	rapporto del medico curante sulle cause di perdita di autosufficienza (Mod. 21 LTC) o sulla malattia grave (Mod. 21DD)							SI		
9	cartelle cliniche							SI	SI	SI
10	richiesta di esercizio del diritto di opzione (reversibilità, conversione capitale in rendita, conversione rendita in capitale, rendita pagabile in modo certo per 5 anni, rendita pagabile in modo certo per 10 anni)							SI		
11	idonea attestazione comprovante lo stato di invalidità permanente o l'impossibilità di svolgere attività lavorativa (per esonero pagamento premi)									SI
12	documentazione relativa all'intervento chirurgico ed alle spese sostenute	SI								

IN CASO DI EVENTO ACCIDENTALE

13	dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidento								SI	SI
14	eventuale giornale che riporti notizia dell'incidento								SI	SI

Il Richiedente prende atto che la Società si riserva di chiedere in caso di sinistro ulteriore documentazione sanitaria o risultanze di eventuali indagini giudiziarie.

Data _____ Firma del richiedente _____ L'incasso _____ E' Agente Generale _____

RISERVATO ALLE OPERAZIONI DI RISCATTO

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 10 del D.P.R. 22/12/1986 n° 917, modificato dal D.L. 18/9/1992 n° 304 convertito in L. 14/11/1992 n° 438 (V. si stacchio riportato a tergo) il sottoscritto dichiara:

A di non aver beneficiato, in sede di denuncia dei redditi, della detrazione fiscale relativa ai premi pagati;

B di aver beneficiato, in sede di denuncia dei redditi, della detrazione fiscale relativamente ai premi pagati nella misura sottindicata (specificare l'anno di versamento dei premi ed il corrispondente importo indicato nella successiva dichiarazione dei redditi):

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

anno _____ € _____

che il suo CODICE FISCALE è _____

che il suo INDIRIZZO FISCALE è _____

N.B. La richiesta di riscatto opera l'immediata cessazione della copertura del rischio di morte.

FIRMA DEL CONTRAENTE _____

Spazio riservato alla liquidazione tramite bonifico bancario (il percipiente e l'intestatario del c/c devono corrispondere)

Ragione sociale Banca d'appoggio _____

Indirizzo Banca _____

ABI _____ CAB _____ N° di conto corrente _____

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE



GLOSSARIO

Il glossario ha mero obiettivo informativo e non contrattuale. Lo scopo è di chiarire il significato di alcuni termini tecnici contenuti nei documenti che compongono il Fascicolo informativo.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento Assicurato.

Conclusione del contratto (perfezionamento)

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società che coincide con il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Garanzia della perdita dell'autosufficienza

Copertura assicurativa (denominata anche long term care) che prevede, in caso di perdita dell'autosufficienza, la corresponsione di una rendita vitalizia per far fronte totalmente o parzialmente al complesso di prestazioni, erogate da strutture pubbliche o private, domiciliari o in residenze per anziani, necessarie a garantire assistenza. La perdita dell'autosufficienza viene misurata come perdita di autonomia nelle attività elementari della vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi e spogliarsi, alimentarsi.

Gestione interna separata

Fondo appositamente creato dalla Società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla Gestione interna separata deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Ipotesi di rendimento

Rendimento finanziario ipotetico fissato dall'ISVAP per l'elaborazione dei progetti personalizzati da parte della Società.

ISVAP

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della Polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Premio unico

Importo che il contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o postale), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Società (bonifico bancario).

Rendimento attribuito ai contratti

Parte del rendimento finanziario che viene attribuito agli assicurati. È pari al minor valore tra il rendimento finanziario meno il rendimento minimo trattenuto e il rendimento finanziario moltiplicato all'aliquota di retrocessione applicabile.

Rendimento finanziario

Risultato finanziario della Gestione interna separata nel periodo previsto dal Regolamento della Gestione stessa.

Rendimento minimo trattenuto

Rendimento finanziario fisso che la Società può trattenere dal rendimento finanziario della Gestione interna separata.

Rendita immediata certa e poi vitalizia

Il pagamento immediato di una rendita certa per un numero prefissato di anni e successivamente di una rendita vitalizia finché l'assicurato è in vita.

Rendita immediata reversibile

Il pagamento immediato di una rendita vitalizia fino al decesso dell'assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una seconda o di più persone finché questa o queste sono in vita.

Rivalutazione

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una parte del rendimento della Gestione interna separata con periodicità annuale.

Rivalutazione minima garantita

Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

Scheda sintetica

Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Società deve consegnare al potenziale Contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al Contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle Gestioni interne separate o dei Fondi a cui sono collegate le prestazioni.

Società di assicurazione

Impresa di assicurazione autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Società di revisione

Società diversa dalla Società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo, cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della Gestione interna separata.

Tasso minimo garantito

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate.

Tasso tecnico

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società di assicurazione riconosce immediatamente al contratto nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

È disponibile sul sito della Società www.alleanza.it una versione completa del glossario.





ALLEANZA
ASSICURAZIONI

Viale L. Sturzo, 35 - 20154 Milano

AGENZIA GENERALE DI

(in lettere)

(in codice)

(Ispettorato Agenziale)

(Settore)

(Zona)

Da abbinare alla polizza N°

Proposta di assicurazione per la sottoscrizione del prodotto:

- D®ORO DI ALLEANZA** Pag. 47 di 47 del Fasc. Inf. mod. 10303680
- ALSECUR** Pag. 23 di 23 del Fasc. Inf. mod. 11400626
- ALLECAPITAL** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303684
- METODO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304750
- ALLORO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303650
- @LLEUNIT** Pag. 51 di 51 del Fasc. Inf. mod. 11400632
- ALPROFIT** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303683
- TFM EXECUTIVE** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304484
- FARPIÙ** Pag. 43 di 43 del Fasc. Inf. mod. 10303685
- ALTAQUOTA** Pag. 47 di 47 del Fasc. Inf. mod. 11400627
- ALLEATA** Pag. 79 di 79 del Fasc. Inf. mod. 10303681
- ALLERENDITA** Pag. 35 di 35 del Fasc. Inf. mod. 10303682
- ALRIPARO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10301373

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Fascicolo informativo relativo al prodotto sopra indicato di cui la Proposta costituisce parte integrante e di accettare le Condizioni Contrattuali ivi contenute.

FIRMA PER RICEVUTA E ACCETTAZIONE

Solo in caso di Nuova Produzione

(leggibile) _____

TIPO OPERAZIONE

- Nuova Produzione
- Versamenti aggiuntivi/conguaglio/opzioni - Polizza N. _____

CONTRAENTE (Assicurando) - Il Delegato in caso di Contraente Persona Giuridica

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita | | | | | |

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. | | | | Cittadinanza _____

Prof. | | | | Settore | | | | Stato civile | | | | (Inserire i codici) Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Residenza _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

Domicilio _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

o altro recapito (per invio della corrispondenza se diverso dalla Residenza)

N. telefono _____ Cell./altro recapito tel. _____ fax _____

e-mail _____ @ _____

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Comune/Ente rilascio _____ Scadenza _____

Da compilare con i dati della Società se Contraente Persona Giuridica

Denominazione _____ Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | |

Sede Legale _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

ASSICURANDO (Se persona diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita | | | | | |

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. | | | | Cittadinanza _____

Prof. | | | | Settore | | | | Stato civile | | | | (Inserire i codici) Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Residenza _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

Domicilio _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

o altro recapito (per invio della corrispondenza se diverso dalla Residenza)

N. telefono _____ Cell./altro recapito tel. _____ fax _____

BENEFICIARI (se altri, indicare cognome, nome, data e luogo di nascita)

Scadenza: Contraente Assicurato altri (specificare) _____

Premorienza: coniuge coniuge in difetto figli eredi

altri (specificare) _____

www.alleanza.it
Società per azioni con Sede Legale in Viale Luigi Sturzo, 35 - 20154 Milano - Cap. Soc. €uro 423.171.182,5 interamente versato
Registro Imprese Milano e Codice Fiscale n. 01834870154 - Partita IVA 01312950156 - tel. 02 6296.1 - fax 02 653.718
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 64 del R.D.L. n. 966 del 29.04.1923
mod.11400560_10/2005_50000

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

REDDITO / NUCLEO FAMILIARE / ESPOSIZIONE FINANZIARIA

- Reddito annuo complessivo fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000
• Reddito annuo fortemente variabile sì no • Numero componenti nucleo familiare _____ di cui a carico _____
• Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)
 assente fino a € 1.000 oltre € 1.000 fino a € 5.000 oltre € 5.000

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO Previdenza Protezione Investimento

ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI / FINANZIARI DETENUTI

- nessuno Previdenza Protezione Investimento
- di cui annui fino a € 1.000 da € 1.001 a € 5.000 oltre € 5.000
- di cui unici fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000

ORIZZONTE TEMPORALE CHE MI PREFIHO PER QUESTO CONTRATTO

- breve termine - fino a 5 anni medio - lungo termine - oltre 5 anni

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

- a) Inferiore o pari a € 5.000 b) da € 5.001 a € 15.000 c) Oltre € 15.000

LA MIA PROPENSIONE AL RISCHIO PER QUESTO CONTRATTO È

- BASSA - mantenimento del valore del capitale e suo costante e graduale incremento nel tempo
 MEDIA - crescita del capitale conferito, limitando al massimo la possibilità di perdite in conto capitale
 ALTA - crescita significativa del capitale conferito, con possibilità di subire perdite

LA PROBABILITÀ DI RISCATTARE QUESTO CONTRATTO NEI PRIMI ANNI È BASSA ALTA

IL CONTRAENTE DICHIARA DI: non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che la mancata risposta, anche solo parziale, ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative

FIRMA CONTRAENTE (leggibile) _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE IN CASO DI EVENTUALE INADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte del questionario adeguatezza, o di qualsiasi altra informazione disponibile, non risulta o potrebbe non risultare adeguato)

Il sottoscritto intermediario dichiara di aver informato il Cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVI DI INADEGUATEZZA

- 1 - Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio
 2 - Prodotto non conforme agli obiettivi espressi
 3 - Prodotto non conforme alle esigenze assicurative/finanziarie espresse in proposta

FIRMA INTERMEDIARIO (leggibile) _____

FIRMA CONTRAENTE (leggibile) _____

DATI ECONOMICI - Tariffa _____

Morte accidentale sì no Copertura invalidità (EPI) sì no Malattie gravi sì no Garanzia LTC sì no

Durata* [] [] anni [] [] mesi Decorrenza [] [] [] [] [] [] Durata versamenti [] [] anni

Il Contraente versa un importo (eventuale sovrappremio e costi inclusi) di € _____, _____ quale premio:

- mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuo unico

Piano di investimento: libero programmato

Fondi di riferimento:

	%	Importo
<input type="checkbox"/> _____	[] []	€ _____, _____
<input type="checkbox"/> _____	[] []	€ _____, _____
<input type="checkbox"/> _____	[] []	€ _____, _____

* Per le tariffe a vita intera indicare VI

CAPITALI DA ASSICURARE

A) Caso morte/malattia € _____, _____ C) Caso morte per cause accidentali:
B) Caso vita € _____, _____ 2 volte A) € _____, _____
VISITA MEDICA si no 3 volte A) € _____, _____

RENDITA DA ASSICURARE

€ _____, ____ pagabile in rate positicipate: annuali semestrali trimestrali mensili
 reversibile totalmente a favore di _____
 reversibile parzialmente % a favore di _____ nato il
 pagabile in modo certo per anni e successivamente vitalizia

In caso di rendita immediata: dati bonifico - nome banca _____

C/C ABI CAB

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO (Contraente se tariffa P5a)

• Tariffe con copertura caso morte senza garanzia Malattie gravi

- 1) Stato di salute (buono o cattivo): _____ 2) Peso: Kg. _____ 3) Statura mt. _____
4) La misurazione della pressione arteriosa ha registrato alterazioni rispetto alla norma nell'ultimo anno? si no
5) Fuma o ha mai fumato? si no
6) Malattie di una certa gravità si no Quali? _____
date: _____ postumi: _____
7) Ricoveri in ospedale o in case di cura o esami diagnostici o interventi chirurgici si no
(Vedasi elenco, riportato sul retro, degli interventi chirurgici che non è necessario dichiarare)
date: _____ Motivi: _____
8) Pensione di invalidità: si no Motivi: _____
9) Attività sportive svolte (Inserire i codici)

• Tariffe con copertura caso morte e garanzia Malattie gravi

Questionario medico allegato si no

Inoltre l'Assicurando

- è a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nel presente modello o nell'allegato questionario medico obbligatorio nel caso di adesione alla garanzia Malattie gravi, anche se scritte di pugno altrui, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- conferma che le dichiarazioni rese nel presente modello o nell'allegato questionario medico obbligatorio nel caso di adesione alla garanzia Malattie gravi, sono veritiere ed esatte;
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Società, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse opportuno in ogni tempo di rivolgersi per informazioni ed acconsente che tali informazioni siano dalla Società o da chi per essa comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- può chiedere, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, di essere sottoposto a visita medica a sue spese (pari a € 12) a cura di medico fiduciario designato dalla Società.

Firma dell'Assicurando o di chi fornisce le informazioni (leggibile) _____

IL CONTRAENTE:

- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta può non essere accettata da Alleanza; che può essere revocata dal Contraente stesso, a mezzo lettera raccomandata A.R., indirizzata al recapito indicato in Nota informativa; che la comunicazione di revoca deve contenere l'indicazione del codice dell'Agenzia Generale e del numero di Proposta;
- ha l'obbligo di versare la prima annualità di premio, in conformità al disposto dell'Art. 1924 del C.C.;
- versa i seguenti importi (eventuale sovrappremio e costi inclusi) a titolo di:
 - deposito cauzionale, pari a n. _____ rate di premio di € _____ restituibile sia in caso di mancata accettazione che revoca;
 - spese di emissione (valutazione proposta, costo polizza) più eventuali spese mediche pari a € _____ Trattasi di spese effettivamente sostenute e non ripetibili sia in caso di revoca della proposta sia di recesso del contratto;
- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta non è valida come Polizza;
- (solo per Alleata) dichiara di approvare specificamente il contenuto della clausola sub B) di cui alla Premessa delle Condizioni di Polizza (Accettazione tacita delle modifiche degli Allegati) e di ricevere il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.
(solo per Alleata) Firma del Contraente (leggibile) _____

MEZZI DI PAGAMENTO

La Società accetta quale mezzo di pagamento del premio:

- contanti (solo per importi di premio inferiori o uguali a € 1.500,00);
- assegno bancario, circolare o postale non trasferibile all'ordine **Alleanza Assicurazioni S.p.A.**;
- bonifico bancario;
- "autorizzazione permanente di addebito in conto - RID" che implica l'addebito automatico su conto corrente dei premi d'assicurazione (ad eccezione del deposito cauzionale).

AVVERTENZE IMPORTANTI

Il pagamento del deposito cauzionale/premio di importo superiore a € 1.500 non può essere effettuato in contanti ma esclusivamente a mezzo di ASSEGNO BANCARIO, CIRCOLARE, POSTALE o BONIFICO BANCARIO intestati ad ALLEANZA ASSICURAZIONI S.P.A. i cui dettagli sono sotto indicati:

Assegno Bancario Circolare Postale

N° _____ Banca _____ Importo € _____ , _____

BONIFICO: si no (Istruzioni sul retro)

ATTENZIONE: nel caso di pagamento del premio in contanti, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione della somma e alla raccolta della presente Proposta.

Il Consulente Alleanza non è autorizzato a fare eccezioni a questa regola

Importo pagato € _____ , _____ Incaricato alla riscossione _____
(cognome e nome)

FIRMA DELL'INCARICATO ALLA RISCOSSIONE (leggibile) _____

PAGAMENTO TRAMITE RID

COORDINATE BANCARIE: CIN ABI CAB C/C

NOME BANCA _____ FILIALE _____

SOGGETTO PAGANTE (Intestatario c/c) coincide con: Contraente Assicurando

Da compilare solo se diverso da Contraente o Assicurando:

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ N° _____

LOCALITÀ _____ PROV. CAP.

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

Desidero attivare il pagamento tramite RID anche sulle seguenti polizze:

Il sottoscrittore autorizza la Banca a margine ad addebitare sul c/c indicato, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata) tutti gli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice, a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile d'addebito. Il sottoscrittore ha facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni lavorativi dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta.

Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto con la Banca, o comunque rese pubbliche presso gli sportelli della Banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi" a suo tempo sottoscritte con la Banca, che formano parte integrante del presente contratto. Con la sottoscrizione della presente, il Cliente autorizza ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A. a riscuotere, tramite la modalità qui prescelta, gli importi relativi ad eventuali precedenti premi che risultino non pagati.

Il sottoscrittore autorizza ALLEANZA ASSICURAZIONI a provvedere all'addebito dei premi della Polizza emessa a seguito della presente proposta e delle Polizze sopra indicate appoggiando i pagamenti sull'autorizzazione permanente di addebito già in essere per la Polizza N. _____

Firma del soggetto pagante (leggibile) _____

CONSENSO INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs. 196/2003

Consenso al trattamento per finalità contrattuali - Sulla base di quanto contenuto nell'informativa contrattuale, riportata sul retro, apponendo la sua firma in calce, lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data _____

Firma del Contraente (leggibile) _____

Firma dell'Assicurando (leggibile) _____

Terza Parte Pagante (vedi nota 7 sul retro) _____

Consenso al trattamento per finalità commerciali - Sulla base di quanto contenuto nell'informativa commerciale, riportata sul retro, lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni effettuato dalla Società, anche utilizzando i soggetti indicati nell'informativa, per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela, per iniziative di informazione e promozione commerciale di propri prodotti e servizi, ovvero effettuato da Società del Gruppo per iniziative promozionali di prodotti e servizi di tali Società.

si no

Luogo e data _____

Firma del Contraente (leggibile) _____

Firma dell'Assicurando (leggibile) _____

FIRMA DEL CONTRAENTE
(Assicurando)

(leggibile) _____
(Se persona giuridica, il Delegato)

DATA DI SOTTOSCRIZIONE

_____/_____/_____

FIRMA DELL'ASSICURANDO

(leggibile) _____
(Se persona diversa dal Contraente)

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA TARIFFA

Prodotto	Prestazioni complementari/Versione di prodotto	Tariffa
D'ORO DI ALLEANZA	Base	RO
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale	RO P
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità	RO EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale e Copertura Invalidità	RO P EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO EPI DD
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale, Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO P EPI DD
ALLECAPITAL		MF
ALLORO		ALLORO
ALPROFIT		Y
FARPIU' premio annuo		P5A
FARPIU' premio unico		X5A
ALLEATA	Base	FIP
ALLEATA	Long Term Care	FIP LTC
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale costante	H DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale costante	G DD
ALRIPARO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P DD
ALRIPARO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P DD
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale decrescente	I DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale decrescente	J DD
ALSICURO premio annuo	Base a capitale costante	H
ALSICURO premio unico	Base a capitale costante	G
ALSICURO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P
ALSICURO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P
ALSICURO premio annuo	Base a capitale decrescente	I
ALSICURO premio unico	Base a capitale decrescente	J
METODO		METODO 2005
ALLEUNIT		ALLEUNIT
TFM EXECUTIVE		TFM
ALTAQUOTA		ALTAQUOTA
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC

REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____, il ___/___/___
 e residente a _____, in _____, nella qualità di Beneficiario
 della Polizza n° _____, richiedo che l'importo di € _____ (_____/_____),
 anziché essermi liquidato direttamente, venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa
 a seguito della sottoscrizione della presente Proposta n° _____, verso il quale ho il seguente
 legame di parentela:

me stesso marito/moglie convivente fratello/sorella padre/madre figlio/figlia

Per il solo caso di assegni di liquidazione già emessi

A tal fine restituisco i seguenti assegni tratti su BANCA INTESA
 per l'importo complessivo di € _____ (_____/_____),
 restando in attesa di ricevere la differenza, ove sussistente.

Assegni n° _____ / _____ / _____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE (leggibile) _____

DEPOSITO CAUZIONALE INCASSATO

€ _____ versato il _____ tramite _____
€ _____ versato il _____ tramite _____
€ _____ versato il _____ tramite _____
importo data mezzo di pagamento

VERIFICA DELL'ACQUISIZIONE

- Verifica di persona a cura del Sig. _____
 Telefonata effettuata il _____, a cura del Sig. _____
 È stato identificato il Contraente _____
 È stato identificato l'Assicurando (se persona diversa dal Contraente) _____

RAPPORTO INFORMATIVO

Il Contraente conferma i dati contrattuali proposti? _____

Ne intende modificare alcuni? _____ Quali? _____

Il Contraente conferma le sue dichiarazioni? _____

L'Assicurando conferma le sue risposte al questionario? _____

Quali intende modificare? _____

Esiste tra Segnalatore/Presentatore e Assicurando un rapporto di parentela, amicizia o conoscenza? _____

Qualcuno lo ha consigliato di assicurarsi (Soci dell'iniziativa "Club Amici dell'Alleanza")? _____

L'Assicurando ha altre polizze (al corrente, in arretrato o stornate) con Alleanza? _____

Quali? _____

Intende proseguirne il pagamento o adeguarle con la presente proposta? _____

I familiari conviventi con il Contraente hanno in corso od in attesa di perfezionamento altri contratti con Alleanza? _____

Quali? _____

Qual è l'importo complessivo che il Contraente e i suoi familiari dovranno corrispondere mensilmente d'ora in poi? _____

Dalla visita effettuata si ha l'impressione che la somma di cui sopra possa essere corrisposta agevolmente? _____

La proposta rilasciata al Contraente in che data è stata sottoscritta? _____

Vi risultano dati mancanti o alterati? _____ Quali? _____

Il Contraente è in possesso del Fascicolo Informativo di cui alla circolare ISVAP N° 551/D dell'1/3/2005? sì no

Tale Fascicolo Informativo è espressamente riferito al prodotto indicato in proposta? sì no

Il Contraente e/o l'Assicurando ha dato il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali? sì no

(D.Lgs. 196/2003)

Altre osservazioni _____

A conclusione di quanto esposto l'incaricato della verifica ritiene che la proposta sia accettabile? sì no

Data _____

IL CONTRAENTE (Assicurando)

L'INCARICATO DELLA VERIFICA

L'ASSICURANDO

(se persona giuridica, il Delegato)

(se persona diversa dal Contraente e non richiesta se Tariffe P5a e X5a)

Eventuali osservazioni dell'Agente Generale _____

FIRMA _____

PER PROPOSTE RID

1. I dati relativi al pagamento tramite RID (coordinate bancarie e dati anagrafici del soggetto pagante, se diverso da Contraente o Assicurato) sono corretti?

SI NO

1.1 Se NO, quali? _____

2. Se in possesso di altre polizze con Alleanza - non paganti tramite RID - con ruolo di Contraente, vorrebbe attivare la modalità di pagamento tramite RID anche per tali polizze?

SI NO

PER PROPOSTE NON RID

1. Il Consulente Alleanza ha proposto come modalità di pagamento il RID?

SI NO

1.1 Se NO, vorrebbe attivare tale modalità di pagamento per i prossimi premi che dovrà corrispondere su questa polizza?

SI NO

1.2 Se SI, per quale motivo non ha ritenuto opportuno attivare il pagamento tramite RID?

Non possiedo un conto corrente bancario/postale

Preferisco il contatto periodico con il Consulente Alleanza per l'incasso

Altro _____

DATI DELL'ACQUISIZIONE

1) Quote _____

2) Nominativo segnalato da _____ (Cognome e nome in stampatello)

3) Presentatore _____ (Cognome e nome in stampatello)

Firma _____

4) Fonte acquisitiva: Club Amici Portafoglio Capitali in scadenza
 Nominativi esterni Azioni promozionali

N. Polizza o Proposta _____

_____ (Cognome e nome in stampatello)

VERIFICA DELL'ACQUISIZIONE

Verifica dell'acquisizione mediante: verifica di persona telefonata

rapporto informativo inserito in Proposta modello di verifica

compilato da _____
(Cognome e nome in stampatello, qualifica)

Altre polizze intestate all'Assicurando

_____ (numero Polizza)

_____ (ultima mensilità pagata)

Data

L'Agente Generale

**TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI
PROFESSIONE, SETTORE PROFESSIONALE, STATO CIVILE E ATTIVITÀ SPORTIVA**

PROFESSIONI	
Codice	Professione
INDIPENDENTI	
1	Imprenditore Agricolo
2	Imprenditore Industriale
3	Artigiano
4	Commerciante/Esercente
5	Libero Professionista
6	Lavoratore Autonomo
DIPENDENTI	
7	Dirigente Privato
8	Dirigente Pubblico
9	Funzionario/Quadro Privato
10	Funzionario/Quadro Pubblico
11	Impiegato Privato
12	Impiegato Pubblico
13	Operaio Privato
14	Operaio Pubblico
15	Medico Privato
16	Medico Pubblico
17	Infermiere Privato
18	Infermiere Pubblico
19	Insegnante Privato

Codice	Professione
20	INSEGNANTE PUBBLICO
21	MILITARE O EQUIPARATO
22	MAGISTRATO
23	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PRIVATO
24	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PUBBLICO
ALTRO	
25	CASALINGA
26	STUDENTE
27	CLERO E ALTRI MINISTRI DI CULTO
28	PENSIONATO
29	Non occupato/in cerca di prima occupazione
SETTORI PROFESSIONALI	
Codice	Settore professionale
01	AGRICOLTURA
02	ALIMENTARISTI E PESCA
03	ASSICURAZIONI
04	CHIMICI
05	COMMERCIO
06	EDILIZIA
07	INTERMEDIARI (COMMERCIO)
08	ISTITUTI DI CREDITO
09	MECCANICI

Codice	Settore Professione
10	POLIGRAFICI E SPETTACOLO
11	PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
12	AZIENDE DI SERVIZI
13	SERVIZI SANITARI
14	TELECOMUNICAZIONI
15	TESSILI
16	TRASPORTI
17	AVVOCATI NOTAI
18	COMMERCIALISTI
19	Cons. del Lavoro, Ragionieri, Periti Comm.li
20	INGEGNERI ARCHITETTI GEOMETRI
21	ALTRI LIBERI PROF.
22	ALTRO

NOTA: riportare sul fronte della proposta il codice della professione sia per il Contraente che per l'Assicurando (se persona diversa).

STATO CIVILE	
Codice	Stato Civile
01	Coniugato (a)
02	Convivente
03	Divorziato (a) - Separato (a)
04	Nubile/Celibe
05	Vedovo (a)

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Nessuna	00
Trekking\Escursione in collina	01
Scherma	02
Atletica leggera	03
Ginnastica artistica	04
Snorkeling senza respiratore	05
Bocce	06
Bowling	07
Pesca	08
Ciclismo	09
Biliardo	10
Tennis da tavolo	11
Baseball	12
Calcio	13
Cricket	14

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Golf	15
Hockey	16
Pallacanestro	17
Pallamano	18
Pallavolo	19
Rugby	20
Dressage	21
Equitazione privata	22
Pattinaggio	23
Sci a scopo ricreativo escluso fuori pista	24
Tiro a segno	25
Tiro con l'arco	26
Squash	27
Tennis	28
Vela a scopo ricreativo non trans-oceanico	29

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA TARIFFA

Prodotto	Prestazioni complementari/Versione di prodotto	Tariffa
D'ORO DI ALLEANZA	Base	RO
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale	RO P
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità	RO EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale e Copertura Invalidità	RO P EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO EPI DD
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale, Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO P EPI DD
ALLECAPITAL		MF
ALLORO		ALLORO
ALPROFIT		Y
FARPIU' premio annuo		P5A
FARPIU' premio unico		X5A
ALLEATA	Base	FIP
ALLEATA	Long Term Care	FIP LTC
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale costante	H DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale costante	G DD
ALRIPARO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P DD
ALRIPARO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P DD
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale decrescente	I DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale decrescente	J DD
ALSICURO premio annuo	Base a capitale costante	H
ALSICURO premio unico	Base a capitale costante	G
ALSICURO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P
ALSICURO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P
ALSICURO premio annuo	Base a capitale decrescente	I
ALSICURO premio unico	Base a capitale decrescente	J
METODO		METODO 2005
ALLEUNIT		ALLEUNIT
TFM EXECUTIVE		TFM
ALTAQUOTA		ALTAQUOTA
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC

REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____, il ___/___/___ e residente a _____, in _____, nella qualità di Beneficiario della Polizza n° _____, richiedo che l'importo di € _____ (_____/_____), anziché essermi liquidato direttamente, venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa a seguito della sottoscrizione della presente Proposta n° _____, verso il quale ho il seguente legame di parentela:

me stesso marito/moglie convivente fratello/sorella padre/madre figlio/figlia

Per il solo caso di assegni di liquidazione già emessi

A tal fine restituisco i seguenti assegni tratti su BANCA INTESA

per l'importo complessivo di € _____ (_____/_____), restando in attesa di ricevere la differenza, ove sussistente.

Assegni n° _____ / _____ / _____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE (leggibile) _____

**TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI
PROFESSIONE, SETTORE PROFESSIONALE, STATO CIVILE E ATTIVITÀ SPORTIVA**

PROFESSIONI	
Codice	Professione
INDIPENDENTI	
1	Imprenditore Agricolo
2	Imprenditore Industriale
3	Artigiano
4	Commerciante/Esercente
5	Libero Professionista
6	Lavoratore Autonomo
DIPENDENTI	
7	Dirigente Privato
8	Dirigente Pubblico
9	Funzionario/Quadro Privato
10	Funzionario/Quadro Pubblico
11	Impiegato Privato
12	Impiegato Pubblico
13	Operaio Privato
14	Operaio Pubblico
15	Medico Privato
16	Medico Pubblico
17	Infermiere Privato
18	Infermiere Pubblico
19	Insegnante Privato

Codice	Professione
20	INSEGNANTE PUBBLICO
21	MILITARE O EQUIPARATO
22	MAGISTRATO
23	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PRIVATO
24	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PUBBLICO
ALTRO	
25	CASALINGA
26	STUDENTE
27	CLERO E ALTRI MINISTRI DI CULTO
28	PENSIONATO
29	Non occupato/in cerca di prima occupazione
SETTORI PROFESSIONALI	
Codice	Settore professionale
01	AGRICOLTURA
02	ALIMENTARISTI E PESCA
03	ASSICURAZIONI
04	CHIMICI
05	COMMERCIO
06	EDILIZIA
07	INTERMEDIARI (COMMERCIO)
08	ISTITUTI DI CREDITO
09	MECCANICI

Codice	Settore Professione
10	POLIGRAFICI E SPETTACOLO
11	PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
12	AZIENDE DI SERVIZI
13	SERVIZI SANITARI
14	TELECOMUNICAZIONI
15	TESSILI
16	TRASPORTI
17	AVVOCATI NOTAI
18	COMMERCIALISTI
19	Cons. del Lavoro, Ragionieri, Periti Comm.li
20	INGEGNERI ARCHITETTI GEOMETRI
21	ALTRI LIBERI PROF.
22	ALTRO

NOTA: riportare sul fronte della proposta il codice della professione sia per il Contraente che per l'Assicurando (se persona diversa).

STATO CIVILE	
Codice	Stato Civile
01	Coniugato (a)
02	Convivente
03	Divorziato (a) - Separato (a)
04	Nubile/Celibe
05	Vedovo (a)

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Nessuna	00
Trekking\Escursione in collina	01
Scherma	02
Atletica leggera	03
Ginnastica artistica	04
Snorkeling senza respiratore	05
Bocce	06
Bowling	07
Pesca	08
Ciclismo	09
Biliardo	10
Tennis da tavolo	11
Baseball	12
Calcio	13
Cricket	14

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Golf	15
Hockey	16
Pallacanestro	17
Pallamano	18
Pallavolo	19
Rugby	20
Dressage	21
Equitazione privata	22
Pattinaggio	23
Sci a scopo ricreativo escluso fuori pista	24
Tiro a segno	25
Tiro con l'arco	26
Squash	27
Tennis	28
Vela a scopo ricreativo non trans-oceanico	29

DATI DELL'ACQUISIZIONE

1) Quote _____

2) Nominativo segnalato da _____ (Cognome e nome in stampatello)

3) Presentatore _____ (Cognome e nome in stampatello)

Firma _____

4) Fonte acquisitiva: Club Amici Portafoglio Capitali in scadenza
 Nominativi esterni Azioni promozionali

N. Polizza o Proposta _____

_____ (Cognome e nome in stampatello)

VERIFICA DELL'ACQUISIZIONE

Verifica dell'acquisizione mediante: verifica di persona telefonata

rapporto informativo inserito in Proposta modello di verifica

compilato da _____
(Cognome e nome in stampatello, qualifica)

Altre polizze intestate all'Assicurando

_____ (numero Polizza)

_____ (ultima mensilità pagata)

Data

L'Agente Generale



ALLEANZA
ASSICURAZIONI

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA TARIFFA

Prodotto	Prestazioni complementari/Versione di prodotto	Tariffa
D'ORO DI ALLEANZA	Base	RO
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale	RO P
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità	RO EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale e Copertura Invalidità	RO P EPI
D'ORO DI ALLEANZA	Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO EPI DD
D'ORO DI ALLEANZA	Morte accidentale, Copertura Invalidità e Malattie gravi	RO P EPI DD
ALLECAPITAL		MF
ALLORO		ALLORO
ALPROFIT		Y
FARPIU' premio annuo		P5A
FARPIU' premio unico		X5A
ALLEATA	Base	FIP
ALLEATA	Long Term Care	FIP LTC
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale costante	H DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale costante	G DD
ALRIPARO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P DD
ALRIPARO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P DD
ALRIPARO premio annuo	Base a capitale decrescente	I DD
ALRIPARO premio unico	Base a capitale decrescente	J DD
ALSICURO premio annuo	Base a capitale costante	H
ALSICURO premio unico	Base a capitale costante	G
ALSICURO premio annuo	Morte accidentale a capitale costante	H P
ALSICURO premio unico	Morte accidentale a capitale costante	G P
ALSICURO premio annuo	Base a capitale decrescente	I
ALSICURO premio unico	Base a capitale decrescente	J
METODO		METODO 2005
ALLEUNIT		ALLEUNIT
TFM EXECUTIVE		TFM
ALTAQUOTA		ALTAQUOTA
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC

REINVESTIMENTO

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____, il ___/___/___
 e residente a _____, in _____, nella qualità di Beneficiario
 della Polizza n° _____, richiedo che l'importo di € _____ (_____/_____),
 anziché essermi liquidato direttamente, venga impiegato a favore del Contraente della Polizza che verrà emessa
 a seguito della sottoscrizione della presente Proposta n° _____, verso il quale ho il seguente
 legame di parentela:

- me stesso marito/moglie convivente fratello/sorella padre/madre figlio/figlia

Per il solo caso di assegni di liquidazione già emessi

A tal fine restituisco i seguenti assegni tratti su BANCA INTESA

per l'importo complessivo di € _____ (_____/_____),
 restando in attesa di ricevere la differenza, ove sussistente.

Assegni n° _____ / _____ / _____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE (leggibile) _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Informativa contrattuale

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari (1), al fine di fornire i servizi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie per fornirLe i servizi sopra citati, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (4).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati, in qualità di Responsabili o Incaricati, a trattare tali dati per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge (5) - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.7 del D.Lgs. 196/2003 è l'Ufficio Privacy.

Ogni informazione in merito ai soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Ufficio Privacy, presso la Direzione Generale, Viale Luigi Sturzo 35, 20154 Milano, fax 02.6296596.

Il nostro sito www.alleanza.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Informativa commerciale

La informiamo inoltre che la nostra Società intende utilizzare i dati personali che La riguardano per finalità di promozione commerciale e di analisi di mercato, volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere i nuovi servizi della Società e di altre Società del Gruppo.

I dati utilizzati sono solo quelli strettamente necessari e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie agli scopi sopra indicati.

I Suoi dati possono essere comunicati a Società del Gruppo per analoghe finalità.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Il mancato consenso comporterà l'impossibilità da parte nostra di utilizzare i Suoi dati per le finalità sopraindicate.

NOTE:

(1) L'art.4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti d'assicurazione / riassicurazione e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

(3) Ad esempio Contraenti di Polizze collettive o individuali che inseriscono il Suo nome tra gli Assicurati o i Beneficiari.

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali, periti, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, nonché organismi istituzionali tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi).

(5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.

(6) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

(7) È richiesto il consenso al trattamento dei dati personali dell'eventuale terza parte pagante (diversa da Contraente e Assicurato) per l'archiviazione dei dati relativi agli estremi di pagamento.

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO

- L'Assicurando non è tenuto a dichiarare i seguenti interventi chirurgici: appendicectomia, tonsillectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia fratture degli arti, deviazione del setto nasale, colecistectomia avvenuta da oltre tre mesi, gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre un anno.

REVOCA E RECESSO

- La presente proposta è revocabile in qualunque momento prima della conclusione del contratto. Inoltre è comunque possibile recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione. Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente riceve la polizza o in cui viene comunque a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Società.

La comunicazione di recesso dal contratto deve essere effettuata a mezzo lettera raccomandata A.R. e inviata a: Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Assunzione Rischi - Viale Unità d'Italia, 34 - 66013 Chieti Stazione.

Il recesso libera sia il Contraente che la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal momento in cui la relativa comunicazione arriva a destinazione. In caso di revoca o di recesso la Società rimborsa al Contraente la somma eventualmente corrisposta entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione trattenendo le spese sostenute per l'emissione della polizza riportate a tergo.

ISTRUZIONI PER IL BONIFICO BANCARIO

Il bonifico, a favore di ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A., va eseguito sul conto corrente di Banca Generali n° CC 0300166824 ABI 03075 CAB 02200 CIN F

IMPORTANTE: specificare il numero di proposta/polizza e il nome e cognome del Contraente nell'apposito riquadro destinato alla causale

**TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI
PROFESSIONE, SETTORE PROFESSIONALE, STATO CIVILE E ATTIVITÀ SPORTIVA**

PROFESSIONI	
Codice	Professione
INDIPENDENTI	
1	Imprenditore Agricolo
2	Imprenditore Industriale
3	Artigiano
4	Commerciante/Esercente
5	Libero Professionista
6	Lavoratore Autonomo
DIPENDENTI	
7	Dirigente Privato
8	Dirigente Pubblico
9	Funzionario/Quadro Privato
10	Funzionario/Quadro Pubblico
11	Impiegato Privato
12	Impiegato Pubblico
13	Operaio Privato
14	Operaio Pubblico
15	Medico Privato
16	Medico Pubblico
17	Infermiere Privato
18	Infermiere Pubblico
19	Isegnante Privato

Codice	Professione
20	INSEGNANTE PUBBLICO
21	MILITARE O EQUIPARATO
22	MAGISTRATO
23	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PRIVATO
24	ALTRE PROFESSIONI DIPENDENTI PUBBLICO
ALTRO	
25	CASALINGA
26	STUDENTE
27	CLERO E ALTRI MINISTRI DI CULTO
28	PENSIONATO
29	Non occupato/in cerca di prima occupazione
SETTORI PROFESSIONALI	
Codice	Settore professionale
01	AGRICOLTURA
02	ALIMENTARISTI E PESCA
03	ASSICURAZIONI
04	CHIMICI
05	COMMERCIO
06	EDILIZIA
07	INTERMEDIARI (COMMERCIO)
08	ISTITUTI DI CREDITO
09	MECCANICI

Codice	Settore Professione
10	POLIGRAFICI E SPETTACOLO
11	PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
12	AZIENDE DI SERVIZI
13	SERVIZI SANITARI
14	TELECOMUNICAZIONI
15	TESSILI
16	TRASPORTI
17	AVVOCATI NOTAI
18	COMMERCIALISTI
19	Cons. del Lavoro, Ragionieri, Periti Comm.li
20	INGEGNERI ARCHITETTI GEOMETRI
21	ALTRI LIBERI PROF.
22	ALTRO

NOTA: riportare sul fronte della proposta il codice della professione sia per il Contraente che per l'Assicurando (se persona diversa).

STATO CIVILE	
Codice	Stato Civile
01	Coniugato (a)
02	Convivente
03	Divorziato (a) - Separato (a)
04	Nubile/Celibe
05	Vedovo (a)

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Nessuna	00
Trekking\Escursione in collina	01
Scherma	02
Atletica leggera	03
Ginnastica artistica	04
Snorkeling senza respiratore	05
Bocce	06
Bowling	07
Pesca	08
Ciclismo	09
Biliardo	10
Tennis da tavolo	11
Baseball	12
Calcio	13
Cricket	14

Attività sportive	
ATTIVITÀ	CODICE ATTIVITÀ
Golf	15
Hockey	16
Pallacanestro	17
Pallamano	18
Pallavolo	19
Rugby	20
Dressage	21
Equitazione privata	22
Pattinaggio	23
Sci a scopo ricreativo escluso fuori pista	24
Tiro a segno	25
Tiro con l'arco	26
Squash	27
Tennis	28
Vela a scopo ricreativo non trans-oceanico	29

**“ Proposta di assicurazione che
rappresenta la pagina 35 di 35
del Fascicolo informativo di AlleRendita ”**



ALLEANZA
ASSICURAZIONI

Viale L. Sturzo, 35 - 20154 Milano

AGENZIA GENERALE DI

(in lettere)

(in codice)

(Ispettorato Agenziale)

(Settore)

(Zona)

Da abbinare alla polizza N°

Proposta di assicurazione per la sottoscrizione del prodotto:

- D®ORO DI ALLEANZA** Pag. 47 di 47 del Fasc. Inf. mod. 10303680
- ALSICURO** Pag. 23 di 23 del Fasc. Inf. mod. 11400626
- ALLECAPITAL** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303684
- METODO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304750
- ALLORO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303650
- @LLEUNIT** Pag. 51 di 51 del Fasc. Inf. mod. 11400632
- ALPROFIT** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303683
- TFM EXECUTIVE** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304484
- FARPIÙ** Pag. 43 di 43 del Fasc. Inf. mod. 10303685
- ALTAQUOTA** Pag. 47 di 47 del Fasc. Inf. mod. 11400627
- ALLEATA** Pag. 79 di 79 del Fasc. Inf. mod. 10303681
- ALLERENDITA** Pag. 35 di 35 del Fasc. Inf. mod. 10303682
- ALRIPARO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10301373

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Fascicolo informativo relativo al prodotto sopra indicato di cui la Proposta costituisce parte integrante e di accettare le Condizioni Contrattuali ivi contenute.

FIRMA PER RICEVUTA E ACCETTAZIONE

Solo in caso di Nuova Produzione

(leggibile)

TIPO OPERAZIONE

- Nuova Produzione
- Versamenti aggiuntivi/conguaglio/opzioni - Polizza N. _____

CONTRAENTE (Assicurando) - Il Delegato in caso di Contraente Persona Giuridica

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita | | | | | |

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. | | | | Cittadinanza _____

Prof. | | | | Settore | | | | Stato civile | | | | (Inserire i codici) Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Residenza _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

Domicilio _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

o altro recapito (per invio della corrispondenza se diverso dalla Residenza)

N. telefono _____ Cell./altro recapito tel. _____ fax _____

e-mail _____ @ _____

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Comune/Ente rilascio _____ Scadenza _____

Da compilare con i dati della Società se Contraente Persona Giuridica

Denominazione _____ Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | |

Sede Legale _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

ASSICURANDO (Se persona diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita | | | | | |

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. | | | | Cittadinanza _____

Prof. | | | | Settore | | | | Stato civile | | | | (Inserire i codici) Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Residenza _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

Domicilio _____ C.A.P. | | | | | | Comune _____ Prov. | | | |

o altro recapito (per invio della corrispondenza se diverso dalla Residenza)

N. telefono _____ Cell./altro recapito tel. _____ fax _____

BENEFICIARI (se altri, indicare cognome, nome, data e luogo di nascita)

Scadenza: Contraente Assicurato altri (specificare) _____

Premorienza: coniuge coniuge in difetto figli eredi

altri (specificare) _____

www.alleanza.it
Società per azioni con Sede Legale in Viale Luigi Sturzo, 35 - 20154 Milano - Cap. Soc. €uro 423.171.162,5 interamente versato
Registro Imprese Milano e Codice Fiscale n. 01834870154 - Partita IVA 01312950156 - tel. 02 6296.1 - fax 02 653.718
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 64 del R.D.L. n. 966 del 29.04.1923

mod.11400560_10/2005_50000

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

REDDITO / NUCLEO FAMILIARE / ESPOSIZIONE FINANZIARIA

- Reddito annuo complessivo fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000
• Reddito annuo fortemente variabile sì no • Numero componenti nucleo familiare _____ di cui a carico _____
• Eventuale esposizione finanziaria annua (mutui, rate, ecc.)
 assente fino a € 1.000 oltre € 1.000 fino a € 5.000 oltre € 5.000

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO Previdenza Protezione Investimento

ALTRI CONTRATTI ASSICURATIVI / FINANZIARI DETENUTI

- nessuno Previdenza Protezione Investimento
- di cui annui fino a € 1.000 da € 1.001 a € 5.000 oltre € 5.000
- di cui unici fino a € 20.000 da € 20.001 a € 50.000 oltre € 50.000

ORIZZONTE TEMPORALE CHE MI PREFIHO PER QUESTO CONTRATTO

- breve termine - fino a 5 anni medio - lungo termine - oltre 5 anni

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

- a) Inferiore o pari a € 5.000 b) da € 5.001 a € 15.000 c) Oltre € 15.000

LA MIA PROPENSIONE AL RISCHIO PER QUESTO CONTRATTO È

- BASSA - mantenimento del valore del capitale e suo costante e graduale incremento nel tempo
 MEDIA - crescita del capitale conferito, limitando al massimo la possibilità di perdite in conto capitale
 ALTA - crescita significativa del capitale conferito, con possibilità di subire perdite

LA PROBABILITÀ DI RISCATTARE QUESTO CONTRATTO NEI PRIMI ANNI È BASSA ALTA

IL CONTRAENTE DICHIARA DI: non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse, nella consapevolezza che la mancata risposta, anche solo parziale, ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle sue esigenze assicurative

FIRMA CONTRAENTE (leggibile) _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI SOTTOSCRIZIONE IN CASO DI EVENTUALE INADEGUATEZZA

(Da sottoscrivere se il contratto, sulla base delle risposte del questionario adeguatezza, o di qualsiasi altra informazione disponibile, non risulta o potrebbe non risultare adeguato)

Il sottoscritto intermediario dichiara di aver informato il Cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVI DI INADEGUATEZZA

- 1 - Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio
 2 - Prodotto non conforme agli obiettivi espressi
 3 - Prodotto non conforme alle esigenze assicurative/finanziarie espresse in proposta

FIRMA INTERMEDIARIO (leggibile) _____

FIRMA CONTRAENTE (leggibile) _____

DATI ECONOMICI - Tariffa _____

Morte accidentale sì no Copertura invalidità (EPI) sì no Malattie gravi sì no Garanzia LTC sì no

Durata* _____ anni _____ mesi Decorrenza _____ Durata versamenti _____ anni

Il Contraente versa un importo (eventuale sovrappremio e costi inclusi) di € _____, _____ quale premio:

- mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuo unico

Piano di investimento: libero programmato

Fondi di riferimento:

%

Importo

- _____ % € _____, _____
 _____ % € _____, _____
 _____ % € _____, _____

* Per le tariffe a vita intera indicare VI

CAPITALI DA ASSICURARE

A) Caso morte/malattia € _____ , _____ C) Caso morte per cause accidentali:
B) Caso vita € _____ , _____ 2 volte A) € _____ , _____
VISITA MEDICA si no 3 volte A) € _____ , _____

RENDITA DA ASSICURARE

€ _____ , _____ pagabile in rate posticipate: annuali semestrali trimestrali mensili
 reversibile totalmente a favore di _____
 reversibile parzialmente _____ % a favore di _____ nato il _____
 pagabile in modo certo per _____ anni e successivamente vitalizia

In caso di rendita immediata: dati bonifico - nome banca _____

C/C _____ ABI _____ CAB _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO (Contraente se tariffa P5a)

• Tariffe con copertura caso morte senza garanzia Malattie gravi

- 1) Stato di salute (buono o cattivo): _____ 2) Peso: Kg. _____ 3) Statura mt. _____
4) La misurazione della pressione arteriosa ha registrato alterazioni rispetto alla norma nell'ultimo anno? si no
5) Fuma o ha mai fumato? si no
6) Malattie di una certa gravità si no Quali? _____
date: _____ postumi: _____
7) Ricoveri in ospedale o in case di cura o esami diagnostici o interventi chirurgici si no
(Vedasi elenco, riportato sul retro, degli interventi chirurgici che non è necessario dichiarare)
date: _____ Motivi: _____
8) Pensione di invalidità: si no Motivi: _____
9) Attività sportive svolte _____ (Inserire i codici)

• Tariffe con copertura caso morte e garanzia Malattie gravi Questionario medico allegato si no

Inoltre l'Assicurando

- è a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese nel presente modello o nell'allegato questionario medico obbligatorio nel caso di adesione alla garanzia Malattie gravi, anche se scritte di pugno altrui, possono compromettere il diritto alla prestazione;
- conferma che le dichiarazioni rese nel presente modello o nell'allegato questionario medico obbligatorio nel caso di adesione alla garanzia Malattie gravi, sono veritiere ed esatte;
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato, o altre persone alle quali la Società, anche dopo l'eventuale sinistro, credesse opportuno in ogni tempo di rivolgersi per informazioni ed acconsente che tali informazioni siano dalla Società o da chi per essa comunicate ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- può chiedere, anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, di essere sottoposto a visita medica a sue spese (pari a € 12) a cura di medico fiduciario designato dalla Società.

Firma dell'Assicurando o di chi fornisce le informazioni (leggibile) _____

IL CONTRAENTE:

- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta può non essere accettata da Alleanza; che può essere revocata dal Contraente stesso, a mezzo lettera raccomandata A.R., indirizzata al recapito indicato in Nota informativa; che la comunicazione di revoca deve contenere l'indicazione del codice dell'Agenzia Generale e del numero di Proposta;
- ha l'obbligo di versare la prima annualità di premio, in conformità al disposto dell'Art. 1924 del C.C.;
- versa i seguenti importi (eventuale sovrappremio e costi inclusi) a titolo di:
 - deposito cauzionale, pari a n. _____ rate di premio di € _____ restituibile sia in caso di mancata accettazione che revoca;
 - spese di emissione (valutazione proposta, costo polizza) più eventuali spese mediche pari a € _____ Trattasi di spese effettivamente sostenute e non ripetibili sia in caso di revoca della proposta sia di recesso del contratto;
- dichiara di essere a conoscenza che la presente Proposta non è valida come Polizza;
- (solo per Alleata) dichiara di approvare specificamente il contenuto della clausola sub B) di cui alla Premessa delle Condizioni di Polizza (Accettazione tacita delle modifiche degli Allegati) e di ricevere il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.
(solo per Alleata) Firma del Contraente (leggibile) _____

MEZZI DI PAGAMENTO

La Società accetta quale mezzo di pagamento del premio:

- contanti (solo per importi di premio inferiori o uguali a € 1.500,00);
- assegno bancario, circolare o postale non trasferibile all'ordine **Alleanza Assicurazioni S.p.A.**;
- bonifico bancario;
- "autorizzazione permanente di addebito in conto - RID" che implica l'addebito automatico su conto corrente dei premi d'assicurazione (ad eccezione del deposito cauzionale).

AVVERTENZE IMPORTANTI

Il pagamento del deposito cauzionale/premio di importo superiore a € 1.500 non può essere effettuato in contanti ma esclusivamente a mezzo di ASSEGNO BANCARIO, CIRCOLARE, POSTALE o BONIFICO BANCARIO intestati ad ALLEANZA ASSICURAZIONI S.P.A. i cui dettagli sono sotto indicati:

Assegno Bancario Circolare Postale

N° _____ Banca _____ Importo € _____ , _____

BONIFICO: si no (Istruzioni sul retro)

ATTENZIONE: nel caso di pagamento del premio in contanti, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione della somma e alla raccolta della presente Proposta.

Il Consulente Alleanza non è autorizzato a fare eccezioni a questa regola

Importo pagato € _____ , _____ Incaricato alla riscossione _____
(cognome e nome)

FIRMA DELL'INCARICATO ALLA RISCOSSIONE (leggibile) _____

PAGAMENTO TRAMITE RID

COORDINATE BANCARIE: CIN ABI CAB C/C

NOME BANCA _____ FILIALE _____

SOGGETTO PAGANTE (Intestatario c/c) coincide con: Contraente Assicurando

Da compilare solo se diverso da Contraente o Assicurando:

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____ N° _____

LOCALITÀ _____ PROV. CAP.

CODICE FISCALE/PARTITA IVA

Desidero attivare il pagamento tramite RID anche sulle seguenti polizze:

Il sottoscrittore autorizza la Banca a margine ad addebitare sul c/c indicato, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata) tutti gli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice, a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile d'addebito. Il sottoscrittore ha facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni lavorativi dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta.

Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto con la Banca, o comunque rese pubbliche presso gli sportelli della Banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi" a suo tempo sottoscritte con la Banca, che formano parte integrante del presente contratto. Con la sottoscrizione della presente, il Cliente autorizza ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A. a riscuotere, tramite la modalità qui prescelta, gli importi relativi ad eventuali precedenti premi che risultino non pagati.

Il sottoscrittore autorizza ALLEANZA ASSICURAZIONI a provvedere all'addebito dei premi della Polizza emessa a seguito della presente proposta e delle Polizze sopra indicate appoggiando i pagamenti sull'autorizzazione permanente di addebito già in essere per la Polizza N. _____

Firma del soggetto pagante (leggibile) _____

CONSENSO INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs. 196/2003

Consenso al trattamento per finalità contrattuali - Sulla base di quanto contenuto nell'informativa contrattuale, riportata sul retro, apponendo la sua firma in calce, lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data _____

Firma del Contraente (leggibile) _____

Firma dell'Assicurando (leggibile) _____

Terza Parte Pagante (vedi nota 7 sul retro) _____

Consenso al trattamento per finalità commerciali - Sulla base di quanto contenuto nell'informativa commerciale, riportata sul retro, lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni effettuato dalla Società, anche utilizzando i soggetti indicati nell'informativa, per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela, per iniziative di informazione e promozione commerciale di propri prodotti e servizi, ovvero effettuato da Società del Gruppo per iniziative promozionali di prodotti e servizi di tali Società.

si no

Luogo e data _____

Firma del Contraente (leggibile) _____

Firma dell'Assicurando (leggibile) _____

FIRMA DEL CONTRAENTE
(Assicurando)

(leggibile) _____
(Se persona giuridica, il Delegato)

DATA DI SOTTOSCRIZIONE

____ / ____ / ____

FIRMA DELL'ASSICURANDO

(leggibile) _____
(Se persona diversa dal Contraente)



ALLEANZA
ASSICURAZIONI

www.alleanza.it

S.p.A. con Sede Legale in V.le L. Sturzo, 35 - 20154 Milano

Cap. Soc. € 423.171.162,50 int. vers.

Reg. Imp. MI e Cod. Fisc. n. 01834870154 - P.I. 01312950155

Tel. 02/6296.1 - Fax 02/653.718

Impr. aut. all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 64 del R.D.L. n.966 del 29.04.1923