

Alleanza Assicurazioni S.p.A.
appartenente al Gruppo Generali

Contratto di assicurazione sulla vita a premio unico con capitale garantito a scadenza

**Il presente Fascicolo informativo,
contenente:**

- a) Scheda sintetica**
- b) Nota informativa**
- c) Condizioni di Polizza**
- 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**

Investimenti

SCHEDA SINTETICA

ASSICURAZIONE MISTA A PREMIO UNICO CON CAPITALE GARANTITO A SCADENZA E PRESTAZIONE ADDIZIONALE IN CASO DI MORTE

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, di seguito la "Società", è una Società per azioni quotata presso la Borsa Italiana S.p.A. con sede legale e uffici amministrativi in Viale Luigi Sturzo, 35, 20154 Milano - Italia.

La Società fa parte del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Assicurazioni Generali S.p.A.

1.b) Denominazione del contratto

RENDICERTO+ DI ALLEANZA

1.c) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite mediante provvista di attivi specifici preventivamente acquistati dalla Società a copertura delle riserve matematiche relative ai contratti stessi.

1.d) Durata

Il contratto ha una durata di cinque anni; la data di decorrenza è fissata al 23 dicembre 2008 e la data di scadenza al 23 dicembre 2013.

È possibile esercitare il diritto di riscatto trascorso un anno dalla data di decorrenza del contratto.

1.e) Pagamento dei premi

Il contratto prevede il pagamento di un premio unico di importo minimo pari a € 10.000; il premio unico massimo è pari a € 250.000.

2. Caratteristiche del contratto

RENDICERTO+ DI ALLEANZA appartiene alla categoria dei contratti di assicurazione sulla vita con garanzia di rendimento a scadenza che prevedono, inoltre, una rivalutazione garantita del premio investito al verificarsi della morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto.

Si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni e del valore di riscatto contenuto nella Sezione E della Nota informativa.

La Società 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 prestazioni:

Prestazioni in caso di vita a scadenza

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del contratto, il pagamento del capitale assicurato ai Beneficiari designati in Polizza, pari al premio investito rivalutato al 5,00% annuo.

Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, il pagamento ai Beneficiari designati in Polizza di un importo pari al 101% del premio investito rivalutato fino alla data di decesso al tasso di rendimento del 5,00% annuo.

Il contratto prevede il riconoscimento di un tasso di rendimento garantito, pari al 5,00% annuo, riconosciuto alla scadenza o in caso di decesso.

In caso di riscatto il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore al premio versato.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota informativa alla Sezione B. In ogni caso le coperture assicurative e le modalità di determinazione delle prestazioni sono regolate dall'Articolo 1 delle Condizioni di Polizza.

4. Costi

La Società, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla Sezione C.

I costi gravanti sul premio riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato, secondo criteri stabiliti dall'ISVAP, l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo".

Il “Costo percentuale medio annuo” indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di un’analogha operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

A titolo di esempio, se per una durata del contratto pari a quindici anni il “Costo percentuale medio annuo” del decimo anno è pari all’1%, significa che i costi complessivamente gravanti sul contratto in caso di riscatto al decimo anno riducono il potenziale tasso di rendimento nella misura dell’1% per ogni anno di durata del rapporto assicurativo. Il “Costo percentuale medio annuo” del quindicesimo anno indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento in caso di mantenimento del contratto fino a scadenza.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su livelli prefissati di premio.

Il “Costo percentuale medio annuo” è stato determinato sulla base del tasso di rendimento contrattualmente garantito fissato nella misura del 5,00% annuo ed al lordo dell’imposizione fiscale.

INDICATORE SINTETICO “COSTO PERCENTUALE MEDIO ANNUO”

Premio unico: € 10.000

Sesso ed età: Qualunque

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	0,58%

Premio unico: € 15.000

Sesso ed età: Qualunque

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	0,57%

Premio unico: € 30.000

Sesso ed età: Qualunque

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	0,44%

Il “costo percentuale medio annuo” in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del quinto anno.

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 D della Nota informativa.

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

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A.
IL PRESIDENTE
Amato Luigi Molinari

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

RENDICERTO+ DI ALLEANZA.

La Nota informativa si articola in cinque sezioni:

- A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione
- B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte
- C. Informazioni sui costi e regime fiscale
- D. Altre informazioni sul contratto
- E. 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 Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Assicurazioni Generali S.p.A..
- b) La sede legale e gli uffici amministrativi sono in Viale Luigi Sturzo, 35, Milano - Italia.
- c) Per informazioni è possibile visitare il sito **www.alleanza.it** o rivolgersi all'Ufficio Customer Care telefonando al **numero verde 800.056.650**.

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 ed è iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione n° 1.00002.
- 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 si impegna ad evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporti con Società facenti parte del Gruppo Generali 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 la provvista specifica di attivi collegati al contratto. Indipendentemente dall'esistenza dei citati accordi, la Società si impegna ad ottenere per i Contraenti il miglior risultato possibile.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto ha una durata fissa pari a cinque anni e prevede le seguenti prestazioni:

- prestazione in caso di vita dell'Assicurato a scadenza;
- prestazione in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA A SCADENZA

Il contratto prevede il pagamento, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, del capitale assicurato indicato in Polizza, pari al premio investito rivalutato al 5,00% annuo.

PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO

Il contratto prevede, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza, il pagamento ai Beneficiari di un importo pari al 101% del premio investito rivalutato fino alla data di decesso al tasso di rendimento del 5,00% annuo.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa.

Il contratto prevede il riconoscimento di un tasso di rendimento garantito, pari al 5,00% annuo, riconosciuto alla scadenza o in caso di decesso.

4. Premi

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate e alla loro durata ed ammontare.

Il contratto prevede che il premio sia pagato in un'unica soluzione. Il premio unico minimo è pari a € 10.000.

Il premio unico massimo è pari a € 250.000.

Non sono ammessi premi di importo pari a frazioni di euro.

Il contratto non prevede il versamento di premi aggiuntivi.

La Società accetta quale mezzo di pagamento del premio:

- assegno non trasferibile intestato alla Società (bancario, circolare o postale);
- bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società.

Il versamento può essere effettuato dal Contraente presso:

- il proprio domicilio;
- l'Agenzia Generale che gestisce il contratto;
- la Direzione della Società (Viale Luigi Sturzo, 35 – 20154, Milano).

C. Informazioni sui costi e regime fiscale

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Di seguito si riportano i costi applicati al premio versato:

TIPOLOGIA	IMPORTO	PERIODICITÀ DI ADDEBITO	MODALITÀ DI PRELIEVO
Spese di emissione del contratto	€ 25	In unica soluzione all'atto della sottoscrizione	Prelevate dal premio versato
Caricamenti	Variano in funzione del premio versato		

La percentuale di caricamento da applicare è identificata sulla base del premio versato così come indicato nella tabella che segue:

PREMIO VERSATO	PERCENTUALE
da € 10.000 a € 19.999	2,50%
da € 20.000 a € 29.999	2,25%
Da € 30.000	2,00%

Il caricamento si applica al premio versato al netto delle spese di emissione.

5.1.2 Costi per riscatto

In caso di richiesta di riscatto si applica il costo ottenuto dalla differenza tra i seguenti importi:

1. il valore attuale, alla data di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto, del capitale assicurato a scadenza utilizzando un tasso annuo di attualizzazione pari al 5,00%;
2. il valore attuale, alla data di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto, del capitale assicurato a scadenza utilizzando, come tasso di attualizzazione, il "tasso annuo di riscatto" definito al successivo par. 8.

Per data di ricezione si intende il giorno non festivo in cui la richiesta scritta del Contraente è consegnata presso l'Agenzia o presso la Direzione della Società completa di tutta la documentazione prevista.

Al 16 ottobre 2008, i "tassi annui di riscatto" in funzione della durata residua del contratto (espressa in anni interi), sono i seguenti:

DURATA RESIDUA	TASSO ANNUO DI RISCATTO
4	6,30%
3	6,30%
2	6,30%
1	6,54%

In base ai suddetti tassi annui, il costo di riscatto, in percentuale dell'importo calcolato al precedente punto 1, ed in funzione delle durate residue espresse in anni interi, risulta pari a:

DURATA RESIDUA	COSTO DI RISCATTO
4	4,80%
3	3,62%
2	2,43%
1	1,45%

I valori indicati nelle presenti tabelle sono soggetti alle variazioni del “tasso annuo di riscatto” così come definito al successivo par. 8.

6. Regime fiscale

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

- la totale esenzione da imposte della prestazione assicurativa corrisposta in caso di decesso dell'Assicurato;
- l'imposta sostitutiva del 12,5% se la prestazione assicurativa è erogata in forma di capitale e che verrà applicata per la parte corrispondente alla differenza tra il capitale medesimo e il premio versato.

La Società non opera la ritenuta della suddetta imposta sostitutiva sui proventi corrisposti a soggetti che esercitano attività d'impresa. Se i proventi sono corrisposti a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati nell'ambito di attività commerciale la Società non applica la predetta imposta sostitutiva qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito.

D. Altre informazioni sul contratto

7. 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, ossia alla data di ricevimento della Polizza da parte del Contraente.

Gli effetti del contratto decorrono, a condizione che sia stato pagato il premio, dalle ore ventiquattro del 23 dicembre 2008.

In caso di decesso dell'Assicurato prima della data di decorrenza, la Società rimborsa al Contraente l'intero premio versato al netto delle spese di emissione.

8. Riscatto

La Società riconosce la facoltà di riscattare il contratto trascorso un anno dalla data di decorrenza dello stesso.

Il valore di riscatto è pari al valore attuale del capitale assicurato a scadenza, calcolato per il periodo intercorrente tra la data di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto e la scadenza del contratto, utilizzando, come tasso di attualizzazione, il “tasso annuo di riscatto”.

Il "tasso annuo di riscatto" è pari al maggior valore tra:

- il 6,30%;
- il tasso, aumentato di 1,30 punti percentuali, ottenuto come interpolazione lineare giornaliera tra i due tassi, selezionati dalla seguente tabella, che si riferiscono alle durate più prossime rispetto alla durata residua del contratto.

Durata	Tasso	Pagina Bloomberg
1 giorno	Libor Eur BBA Overnight	EE000/N
1 anno	Libor Eur BBA 12 mesi	EU0012M
2 anni	Eur Swap Annual 2 anni	EUSA2
3 anni	Eur Swap Annual 3 anni	EUSA3
4 anni	Eur Swap Annual 4 anni	EUSA4

L'identificazione del tasso da utilizzare avviene in base al momento di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto come di seguito specificato:

- la richiesta è ricevuta nei primi dieci giorni del mese: i tassi considerati saranno quelli riferiti al primo giorno del mese antecedente la data di ricezione;
- la richiesta è ricevuta successivamente al 10 del mese: i tassi considerati saranno quelli riferiti al primo giorno del mese di ricezione della richiesta.

Qualora il primo giorno del mese i tassi non siano disponibili saranno considerati gli ultimi tassi precedentemente disponibili.

Nella determinazione del valore di riscatto, come sopra specificato, è implicita l'applicazione dei costi di riscatto come indicati al precedente par. 5.1.2.

Il valore di riscatto può essere inferiore al premio versato.

Non è ammesso il riscatto parziale del contratto.

Per chiedere informazioni sul valore di riscatto è possibile rivolgersi all'Ufficio Customer Care telefonando al **numero verde 800.056.650**.

Oppure è possibile scrivere a:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Customer Care

Viale Luigi Sturzo, 35

20154 Milano

fax: **n° 02.65.49.92**

E-mail: **customercareonline@alleanza.it**

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E della Nota informativa per l'illustrazione dell'evoluzione dei valori di riscatto con riferimento alle ipotesi ivi considerate in termini di "tasso annuo di riscatto". Si precisa a riguardo che l'indicazione puntuale dei valori sarà contenuta nel Progetto esemplificativo personalizzato.

9. 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. – Centro Sud – Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia 34, 66100 Chieti Scalo.

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

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Società cessano al ricevimento della comunicazione stessa.

A seguito della revoca la Società rimborserà al Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, il premio versato al netto delle spese di emissione.

10. 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. – Centro Sud – Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia 34, 66100 Chieti Scalo.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Società cessano dal ricevimento della comunicazione stessa. Il recesso obbliga la Società a rimborsare al Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, il premio versato al netto delle spese di emissione.

La Società esegue il rimborso previa consegna dell'originale di Polizza e delle eventuali appendici da parte del Contraente.

11. Documentazione da consegnare alla Società 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 1).

In alternativa, il richiedente può rivolgersi direttamente alla Direzione Generale della Società, inviando la documentazione prevista dalle Condizioni di Polizza (Art. 10) 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.

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.).

12. 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 di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (Art. 1923 C.C.).

13. Lingua in cui è redatto il contratto

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

14. 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.

15. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire, nel corso della durata contrattuale, alle informazioni contenute nella presente Nota informativa anche per effetto di modifiche della normativa successive alla conclusione del contratto.

La Società, entro sessanta giorni da ogni ricorrenza annuale del contratto, invierà al Contraente l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni:

- a) premio versato al perfezionamento del contratto;
- b) valore della prestazione maturata in caso di decesso alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- c) valore della prestazione maturata in caso di decesso alla data di riferimento dell'estratto conto;
- b) valore della prestazione assicurata a scadenza;
- c) valore di riscatto alla data di riferimento dell'estratto conto.

E. Progetto esemplificativo delle prestazioni

La presente elaborazione costituisce una esemplificazione delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto previsti dal contratto. L'elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio e durata.

Gli sviluppi delle prestazioni caso vita a scadenza e caso morte di seguito riportati, sono calcolati sulla base del tasso di rendimento garantito dalla Compagnia secondo quanto indicato nel presente Fascicolo informativo.

I valori di riscatto riportati non sono garantiti; a titolo esemplificativo i suddetti valori sono stati ottenuti determinando il valore attuale del capitale assicurato a scadenza, calcolato per il periodo intercorrente dalla data di ricezione della richiesta di riscatto alla scadenza, nell'ipotesi che, come indicato al precedente par. 5.1.2, il "tasso annuo di riscatto" sia pari:

- al 6,30% in caso di riscatto alla fine del primo, secondo e terzo anno;**
- al 6,54% in caso di riscatto alla fine del quarto anno.**

I valori caso vita a scadenza e caso morte sviluppati nella tabella seguente rappresentano le prestazioni certe (al lordo degli oneri fiscali) che la Società è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle Condizioni di Polizza.

SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RISCATTO IN BASE AL TASSO DI RENDIMENTO GARANTITO

– Tasso annuo di rendimento garantito a scadenza: **5,00%**

– Età dell'Assicurato: **non rilevante**

– Sesso dell'Assicurato: **non rilevante**

– Durata: **5 anni**

– Premio unico: **€ 10.000**

Anni trascorsi	Premio unico	Capitale assicurato in caso di morte alla fine dell'anno	Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di vita a scadenza
1	€ 10.000,00	€ 10.314,03	€ 9.721,45	-
2	-	€ 10.829,73	€ 10.333,90	-
3	-	€ 11.371,21	€ 10.984,93	-
4	-	€ 11.939,77	€ 11.650,68	-
5	-	-	-	€ 12.412,64

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica.

I valori di riscatto, per i quali non è previsto alcun valore garantito, sono stati ottenuti sulla base dell'ipotesi di tasso annuo di riscatto sopra riportata.

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

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

ALLEANZA ASSICURAZIONI S.p.A.
IL PRESIDENTE
Amato Luigi Molinari

CONDIZIONI DI POLIZZA

Contratto di assicurazione sulla vita a premio unico con capitale garantito a scadenza e prestazione addizionale in caso di morte

Definizioni

In aggiunta ai termini ed alle espressioni definite in altre clausole delle presenti Condizioni e dei documenti contrattuali, i termini e le espressioni qui elencati hanno il significato ad essi di seguito attribuito:

- **ASSICURATO:** la persona sulla cui vita è stipulato il contratto
- **DECORRENZA:** la data del 23 dicembre 2008
- **CONTRAENTE:** la persona che sottoscrive il contratto
- **POLIZZA:** il documento contrattuale emesso dalla Società
- **PREMIO INVESTITO:** il premio pagato dal Contraente al netto delle spese di emissione e dei caricamenti
- **SCADENZA:** la data del 23 dicembre 2013
- **SOCIETÀ:** Alleanza Assicurazioni S.p.A., con sede in Milano, Viale Luigi Sturzo 35

Art. 1 – Prestazioni assicurate

Con il presente contratto di assicurazione sulla vita la Società si impegna a pagare ai Beneficiari:

- in caso di vita dell'Assicurato alla Scadenza del contratto, un capitale pari al Premio investito rivalutato, dalla data di Decorrenza alla Scadenza, al tasso di rendimento del 5,00% annuo;
- in caso di morte dell'Assicurato, prima della Scadenza, un importo pari al 101% del Premio investito rivalutato, dalla data di Decorrenza alla data di decesso, al tasso di rendimento del 5,00% annuo.

L'Assicurato non deve aver compiuto il settantaseiesimo anno di età alla Decorrenza del contratto.

Art. 2 – 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;
- verificatosi l'evento, il/i Beneficiario/i abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

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

Art. 3 – Conclusione ed efficacia del contratto, diritto di recesso

Il contratto si considera concluso quando il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Società, ossia alla data di ricevimento della Polizza da parte del Contraente.

Gli effetti del contratto decorrono, sempre che sia stato pagato il premio, dalle ore 24 della data di Decorrenza indicata in Polizza.

In caso di decesso dell'Assicurato prima della data di Decorrenza, la Società rimborsa al Contraente l'intero premio versato al netto delle spese di emissione.

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. - Centro Sud – Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia 34, 66100 Chieti Scalo.

Il recesso libera sia il Contraente sia 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 di emissione.

Art. 4 – Pagamento del premio

Le prestazioni sono riconosciute a fronte del versamento di un premio, comprensivo delle spese di emissione e dei caricamenti, da pagarsi in un'unica soluzione, il cui ammontare non può essere inferiore a € 10.000 e non può essere superiore a € 250.000.

Il premio è pagabile presso:

- il proprio domicilio;
- l'Agenzia Generale che gestisce il contratto;
- la Direzione della Società (Viale Luigi Sturzo, 35 – 20154 Milano).

Art. 5 – Spese e caricamenti

Oltre alle spese di emissione, pari a € 25, la sottoscrizione del presente contratto comporta il pagamento di un caricamento la cui percentuale è identificata sulla base del livello di premio versato come indicato nella seguente tabella:

PREMIO VERSATO	PERCENTUALE
da € 10.000 a € 19.999	2,50%
da € 20.000 a € 29.999	2,25%
Da € 30.000	2,00%

Il caricamento si applica al premio versato al netto delle spese di emissione.

Art. 6 – Riscatto

Il Contraente, purché sia trascorso almeno un anno dalla data di Decorrenza, può, mediante comunicazione da inviarsi per iscritto all'Agenzia Generale che gestisce il contratto, risolvere anticipatamente il contratto dalla data in cui la relativa comunicazione perviene alla Società.

La risoluzione anticipata del contratto comporta la liquidazione di un importo (valore di riscatto) pari al valore attuale del capitale assicurato a scadenza, calcolato per il periodo intercorrente tra la data di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto e la scadenza del contratto, utilizzando, come tasso di attualizzazione, il "tasso annuo di riscatto".

Il "tasso annuo di riscatto" è pari al maggior valore tra:

- il 6,30%;
- il tasso, aumentato di 1,30 punti percentuali, ottenuto come interpolazione lineare giornaliera tra i due tassi, selezionati dalla seguente tabella, che si riferiscono alle durate più prossime rispetto alla durata residua del contratto.

Durata	Tasso	Pagina Bloomberg
1 giorno	Libor Eur BBA Overnight	EE000/N
1 anno	Libor Eur BBA 12 mesi	EU0012M
2 anni	Eur Swap Annual 2 anni	EUSA2
3 anni	Eur Swap Annual 3 anni	EUSA3
4 anni	Eur Swap Annual 4 anni	EUSA4

L'identificazione del tasso da utilizzare avviene in base al momento di ricezione da parte della Società della richiesta di riscatto come di seguito specificato:

- la richiesta è ricevuta nei primi dieci giorni del mese: i tassi considerati saranno quelli riferiti al primo giorno del mese antecedente la data di ricezione;
- la richiesta è ricevuta successivamente al 10 del mese: i tassi considerati saranno quelli riferiti al primo giorno del mese di ricezione della richiesta.

Qualora il primo giorno del mese i tassi non siano disponibili saranno considerati gli ultimi tassi precedentemente disponibili.

Per data di ricezione si intende il giorno non festivo in cui la richiesta scritta del Contraente è consegnata presso l'Agenzia o presso la Direzione della Società completa di tutta la documentazione prevista.

Non è ammesso il riscatto parziale del contratto.

Art. 7 – Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può:

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

Le suddette operazioni diventano efficaci solo quando la Società ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza 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 Codice Civile, la Società può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

Art. 8 – Prestiti

Il presente contratto non consente la concessione di prestiti.

Art. 9 – Duplicato di 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. 10 – Pagamento delle somme assicurate

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i seguenti documenti:

- richiesta scritta dell'avente diritto corredata dall'indicazione del codice fiscale;
- la Polizza ed eventuali appendici o dichiarazione di smarrimento della stessa;
- nel caso in cui il Contraente o il/i Benefeciario/i siano minori, copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la riscossione degli importi spettanti ai minori ed esoneri la Società da ogni responsabilità in ordine al reimpiego delle somme liquidate;
- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto.

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

- certificato anagrafico di morte;
- copia del testamento o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento.

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

Ogni pagamento viene effettuato presso l'Agenzia Generale che gestisce il contratto, presso la Direzione oppure tramite bonifico bancario.

Art. 11 – Imposte

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

Art. 12 – 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

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE



ALLEANZA ASSICURAZIONI

Società per Azioni con Sede Legale in Viale Luigi Sturzo, 35 - 20154 Milano - Cap. Soc. Euro 423.171.162,5 interamente versato - Registro Imprese Milano e Cod. Fisc. 01834670154 Partita IVA 01312950155 - 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 www.alleanzaassicurazioni.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 AlMeglio)

ACQ ANTICIPAZ. ALTA 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.

Contraente e/o Beneficiario della POLIZZA n° ultimo premio pagato / mese / anno

abitante in via Tel.

C.A.P. città (prov.)

Carta di identità Passaporto Patente Altro Numero Data di rilascio Comune/Ente di rilascio Scadenza

Importo richiesto in caso di riscatto parziale o di accensione prestito: €

	DOCUMENTI PRESENTATI	ALTA CHIRURGIA	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
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 e l'impossibilità di svolgere attività lavorative (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'incidente								SI	SI
14	eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente								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'incaricato L'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. 19/9/1992 n° 384 convertito in L. 14/11/1992 n° 438 (V.si stralcio 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 sottoindicata (specificare l'anno di versamento dei premi ed il corrispondente importo indicato nella successiva dichiarazione dei redditi):

che il suo CODICE FISCALE è

.....

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

anno €

anno €

anno €

anno €

anno €

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.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

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.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

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.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

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.

Costo percentuale medio annuo

Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi, il potenziale tasso di rendimento della Polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

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.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Estratto conto annuale

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata in caso di decesso, il premio versato e il valore di riscatto maturato.

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla società al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

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.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

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 investito

Importo pari al premio unico versato al netto delle spese di emissione e dei caricamenti.

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.

Progetto personalizzato

Prospetto indicante la prestazione garantita a scadenza, lo sviluppo della prestazione in caso di decesso e l'ipotesi di sviluppo del valore di riscatto, redatto secondo lo schema previsto dall'ISVAP e consegnato al potenziale Contraente.

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 (RID bancario).

Recesso

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

Revoca

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

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

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 e i costi.

Società di assicurazione

L'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 il bilancio della Società.

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

**Proposta di assicurazione che rappresenta
la pagina 23 di 23 del Fascicolo informativo
di Rendicerto+ di Alleanza.**





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
- ALRECAPITAL** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303684
- ALLORO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303650
- ALPROFIT** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303683
- FARPIÙ** Pag. 43 di 43 del Fasc. Inf. mod. 10303685
- REINVESTO DI ALLEANZA** Pag. 27 di 27 del Fasc. Inf. mod. 10306150
- ALRIPARO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10301373
- ALSIUCURO** Pag. 23 di 23 del Fasc. Inf. mod. 11400626
- TFM EXECUTIVE** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304484
- ALLERENDITA** Pag. 35 di 35 del Fasc. Inf. mod. 10303682
- CAPITALIZZA DI ALLEANZA** Prosp. Inf. mod. 10309958
- ALLEINDEX** _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta il Fascicolo Informativo ovvero - per i prodotti finanziario-assicurativi di ramo III e V - il Prospetto Informativo relativo al prodotto sopra indicato, di cui la Proposta costituisce parte integrante, e di accettare le Condizioni Contrattuali (solo per i nuovi contratti), nonché copia della dichiarazione ed il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP sugli Intermediari Assicurativi (solo nel caso in cui l'Intermediario sia un produttore diretto).

FIRMA PER RICEVUTA E ACCETTAZIONE (leggibile) _____

TIPO OPERAZIONE Nuovo Contratto Versamento aggiuntivo/opzioni - Polizza N. _____

CONTRAENTE - Il Delegato in caso di Contraente Persona Giuridica

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita [] [] [] [] [] []

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. [] []

Codice Fiscale []

Recapito (per inoltrare della corrispondenza)

C.A.P. [] [] [] [] [] [] Comune _____ Prov. [] [] Via/P.zza _____

Presso (facoltativo) _____

Residenza (solo se diversa dal recapito)

C.A.P. [] [] [] [] [] [] Comune _____ Prov. [] [] Via/P.zza _____

Prof. [] [] Stato civile [] [] (Inserire i codici) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

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

e-mail _____ @ _____

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Scadenza _____ Comune/Ente rilascio _____

Da compilare con i dati della Società se Contraente Persona Giuridica

Denominazione _____ Partita IVA []

Sede Legale _____ C.A.P. [] [] [] [] [] [] Comune _____ Prov. [] []

Se sottoscrittore di altre polizze con il ruolo di Contraente o Assicurato, richiedo che i dati anagrafici indicati siano validi **SOLAMENTE** per la presente proposta (le variazioni di Nome, Cognome, Data di Nascita e Sesso non possono comunque essere estese ad altre Polizze)

ASSICURANDO (Se persona diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita [] [] [] [] [] []

Comune di nascita (o Stato estero) _____ Prov. [] []

Codice Fiscale []

Recapito (per inoltrare della corrispondenza)

C.A.P. [] [] [] [] [] [] Comune _____ Prov. [] [] Via/P.zza _____

Presso (facoltativo) _____

Residenza (solo se diversa dal recapito)

C.A.P. [] [] [] [] [] [] Comune _____ Prov. [] [] Via/P.zza _____

Prof. [] [] Stato civile [] [] (Inserire i codici) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Stato _____ (se diverso da Italia)

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

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Scadenza _____ Comune/Ente rilascio _____

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

Scadenza: Contraente Assicurato altri (specificare) _____

Premorienza: coniuge coniuge in difetto figli eredi testamentari eredi legittimi

altri (specificare) _____

www.alleanza.it - Viale L. Sturzo, 35 - 20154 Milano tel. +39 02 6296.1 fax +39 02 653718 - Società appartenente al Gruppo Generali - Alleanza Assicurazioni S.p.A. - P. IVA 01834870154 - P. IVA 01312950155 - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00002 - Capitale Sociale al 14/12/2007 Euro 423.306.711,00 i. v. - Registro Imprese Milano, CF 01834870154 - P. IVA 01312950155 - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00002 mod. 11400560 - 3/2008

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 da € 1.001 fino a € 5.000 oltre € 5.000

INFORMAZIONE IN MATERIA DI INVESTIMENTI IN STRUMENTI FINANZIARI Poca/generica Medio/alta

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO

- Pensione complementare Protezione assicurativa/Rendita Investimento/Risparmio

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 PREFIGGO PER QUESTO CONTRATTO

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

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

- Inferiore o pari a € 5.000 da € 5.001 a € 15.000 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

HO IN CORSO CONTRATTI ASSICURATIVI VITA IL CUI PAGAMENTO PREMI È STATO SOSPESO? Sì No

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 per la valutazione dell'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 (codice Alleanza Assicurazioni) _____

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

- mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuo unico

* 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 _____

IBAN

I T _____
Codice Paese CIN IBAN C I N ABI CAB Numero di conto corrente

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO Contraente se Polizza Farpiù Premio Annuo (Tariffa P5A)**• Prodotto 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 da tabella sul retro)

• Prodotto 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 cura di medico fiduciario designato dalla Società, con costo a suo carico.

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 nella Nota Informativa ovvero nel Prospetto Informativo; 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 di revoca.

In caso di sottoscrizione di polizza a premio annuo o ricorrente con frazionamento mensile è richiesto il versamento di almeno 2 mensilità di deposito cauzionale se la modalità prescelta per il pagamento delle rate successive non è la RID;

- 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.

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
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
TFM EXECUTIVE		TFM
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC
REINVESTO DI ALLEANZA		REINVESTO
ALLEINDEX		ALLEINDEX
CAPITALIZZA DI ALLEANZA		CAPITALIZZA

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 INTESA SANPAOLO
 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.

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

Professione								
Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione
Autonomo	1	Artigiano	Dipendente	11	Collaboratori Coordinati e Continuativi	Altro	19	Casalinga
Autonomo	2	Commerciante/ Esercente	Dipendente	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri o Coloni	Altro	20	Clero e Altri Ministri di Culto
Autonomo	3	Imprenditore Agricolo	Dipendente	13	Dirigente	Altro	21	Non Occup./In Cerca di 1 ^a Occupazione
Autonomo	4	Imprenditore Industriale	Dipendente	14	Funzionario/Quadro	Altro	22	Pensionato
Autonomo	5	Lavoratore Autonomo	Dipendente	15	Impiegato	Altro	23	Soci di Cooperative di Produzione
Autonomo	6	Libero Professionista	Dipendente	16	Magistrato	Altro	24	Studente
Auton./Dip.te	7	Infermiere	Dipendente	17	Operaio			
Auton./Dip.te	8	Insegnante	Dipendente	18	Altre Professioni Dipendenti			
Auton./Dip.te	9	Medico						
Auton./Dip.te	10	Militare o Equiparato						

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

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.

VALUTA RICONOSCIUTA AL MEZZO DI PAGAMENTO

La Società provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta:

- assegno bancario tratto sulla Filiale di Banca Generali S.p.A. presso la quale viene effettuato il versamento e assegno circolare emesso dalle Filiali di Banca Generali S.p.A.: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Generali S.p.A. da parte della Società
- assegno bancario/circolare tratto/emesso da/su altre banche: quanto previsto dalle condizioni contrattuali intercorrenti tra la Banca ordinante e Banca Generali S.p.A.
- bonifico bancario/disposizioni di addebito permanente/rimessa interbancaria diretta (Mod. RID): uguale a quella riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Generali S.p.A.
- invito a pagare (MAV) e versamento su C/C postale con bollettino: stesso giorno del versamento

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. - Centro Sud - Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia, 34 - 66100 Chieti Scalo.

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 IBAN IT 96 F 03075 02200 CC 0300166824

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



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
- ALRIPARO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10301373
- ALLECAPITAL** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303684
- ALSIKURO** Pag. 23 di 23 del Fasc. Inf. mod. 11400626
- ALLORO** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303650
- TFM EXECUTIVE** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10304484
- ALPROFIT** Pag. 31 di 31 del Fasc. Inf. mod. 10303683
- ALLERENDITA** Pag. 35 di 35 del Fasc. Inf. mod. 10303682
- FARPIÙ** Pag. 43 di 43 del Fasc. Inf. mod. 10303685
- CAPITALIZZA DI ALLEANZA** Prosp. Inf. mod. 10309958
- REINVESTO DI ALLEANZA** Pag. 27 di 27 del Fasc. Inf. mod. 10306150
- ALLEINDEX** _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta il Fascicolo Informativo ovvero - per i prodotti finanziario-assicurativi di ramo III e V - il Prospetto Informativo relativo al prodotto sopra indicato, di cui la Proposta costituisce parte integrante, e di accettare le Condizioni Contrattuali (solo per i nuovi contratti), nonché copia della dichiarazione ed il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP sugli Intermediari Assicurativi (solo nel caso in cui l'Intermediario sia un produttore diretto).

FIRMA PER RICEVUTA E ACCETTAZIONE (leggibile) _____

TIPO OPERAZIONE Nuovo Contratto Versamento aggiuntivo/opzioni - Polizza N. _____

CONTRAENTE - Il Delegato in caso di Contraente Persona Giuridica

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita _____

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

Codice Fiscale _____

Recapito (per inoltro della corrispondenza)

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____ Via/P.zza _____

Presso (facoltativo) _____

Residenza (solo se diversa dal recapito)

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____ Via/P.zza _____

Prof. _____ Stato civile _____ (Inserire i codici) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

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

e-mail _____ @ _____

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Scadenza _____ Comune/Ente rilascio _____

Da compilare con i dati della Società se Contraente Persona Giuridica

Denominazione _____ Partita IVA _____

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

Se sottoscrittore di altre polizze con il ruolo di Contraente o Assicurato, richiedo che i dati anagrafici indicati siano validi **SOLAMENTE** per la presente proposta (le variazioni di Nome, Cognome, Data di Nascita e Sesso non possono comunque essere estese ad altre Polizze)

ASSICURANDO (Se persona diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____ M F Data di nascita _____

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

Codice Fiscale _____

Recapito (per inoltro della corrispondenza)

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____ Via/P.zza _____

Presso (facoltativo) _____

Residenza (solo se diversa dal recapito)

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____ Via/P.zza _____

Prof. _____ Stato civile _____ (Inserire i codici) Titolo di studio: Scuola dell'obbligo Scuola superiore Laurea

Stato _____ (se diverso da Italia)

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

Carta d'identità Passaporto Patente Altro Numero _____

Data di Rilascio _____ Scadenza _____ Comune/Ente rilascio _____

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

Scadenza: Contraente Assicurato altri (specificare) _____

Premorienza: coniuge coniuge in difetto figli eredi testamentari eredi legittimi

altri (specificare) _____

www.alleanza.it Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Viale L. Sturzo, 35 - 20154 Milano tel. +39 02 6296.1 fax +39 02 653718 - Società appartenente al Gruppo Generali Capitale Sociale al 14/12/2007 Euro 423.306.711,00 i. v. - Registro Imprese Milano, CF 01834870154 - P. IVA 01312950155 - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00002 mod. 11400560 - 3/2008

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 da € 1.001 fino a € 5.000 oltre € 5.000

INFORMAZIONE IN MATERIA DI INVESTIMENTI IN STRUMENTI FINANZIARI Poca/generica Medio/alta

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO

- Pensione complementare Protezione assicurativa/Rendita Investimento/Risparmio

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 PREFIGGO PER QUESTO CONTRATTO

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

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

- Inferiore o pari a € 5.000 da € 5.001 a € 15.000 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

HO IN CORSO CONTRATTI ASSICURATIVI VITA IL CUI PAGAMENTO PREMI È STATO SOSPESO? Sì No

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 per la valutazione dell'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 (codice Alleanza Assicurazioni) _____

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

- mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuo unico

* Per le tariffe a vita intera indicare VI

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
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
TFM EXECUTIVE		TFM
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC
REINVESTO DI ALLEANZA		REINVESTO
ALLEINDEX		ALLEINDEX
CAPITALIZZA DI ALLEANZA		CAPITALIZZA

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 INTESA SANPAOLO
 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 consorzi 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.

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

Professione								
Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione
Autonomo	1	Artigiano	Dipendente	11	Collaboratori Coordinati e Continuativi	Altro	19	Casalinga
Autonomo	2	Commerciante/ Esercente	Dipendente	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri o Coloni	Altro	20	Clero e Altri Ministri di Culto
Autonomo	3	Imprenditore Agricolo	Dipendente	13	Dirigente	Altro	21	Non Occup./In Cerca di 1 ^a Occupazione
Autonomo	4	Imprenditore Industriale	Dipendente	14	Funzionario/Quadro	Altro	22	Pensionato
Autonomo	5	Lavoratore Autonomo	Dipendente	15	Impiegato	Altro	23	Soci di Cooperative di Produzione
Autonomo	6	Libero Professionista	Dipendente	16	Magistrato	Altro	24	Studente
Auton./Dip.te	7	Infermiere	Dipendente	17	Operaio			
Auton./Dip.te	8	Insegnante	Dipendente	18	Altre Professioni Dipendenti			
Auton./Dip.te	9	Medico						
Auton./Dip.te	10	Militare o Equiparato						

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

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.

VALUTA RICONOSCIUTA AL MEZZO DI PAGAMENTO

La Società provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta:

- assegno bancario tratto sulla Filiale di Banca Generali S.p.A. presso la quale viene effettuato il versamento e assegno circolare emesso dalle Filiali di Banca Generali S.p.A.: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Generali S.p.A. da parte della Società
- assegno bancario/circolare tratto/emesso da/su altre banche: quanto previsto dalle condizioni contrattuali intercorrenti tra la Banca ordinante e Banca Generali S.p.A.
- bonifico bancario/disposizioni di addebito permanente/rimessa interbancaria diretta (Mod. RID): uguale a quella riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Generali S.p.A.
- invito a pagare (MAV) e versamento su C/C postale con bollettino: stesso giorno del versamento

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. - Centro Sud - Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia, 34 - 66100 Chieti Scalo.

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 IBAN IT 96 F 03075 02200 CC 0300166824

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

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 da € 1.001 fino a € 5.000 oltre € 5.000

INFORMAZIONE IN MATERIA DI INVESTIMENTI IN STRUMENTI FINANZIARI Poca/generica Medio/alta

OBIETTIVI DEL NUOVO CONTRATTO

- Pensione complementare Protezione assicurativa/Rendita Investimento/Risparmio

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 PREFIGGO PER QUESTO CONTRATTO

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

RISPARMIO ANNUO A DISPOSIZIONE PER QUESTO CONTRATTO

- Inferiore o pari a € 5.000 da € 5.001 a € 15.000 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

HO IN CORSO CONTRATTI ASSICURATIVI VITA IL CUI PAGAMENTO PREMI È STATO SOSPESO? Sì No

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 per la valutazione dell'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 (codice Alleanza Assicurazioni) _____

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

- mensile bimestrale trimestrale quadrimestrale semestrale annuo unico

* Per le tariffe a vita intera indicare VI

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
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
TFM EXECUTIVE		TFM
ALLERENDITA	Base	Q
ALLERENDITA	Long Term Care	Q LTC
ALLERENDITA	Morte accidentale	Q P
ALLERENDITA	Morte accidentale e Long Term Care	Q P LTC
REINVESTO DI ALLEANZA		REINVESTO
ALLEINDEX		ALLEINDEX
CAPITALIZZA DI ALLEANZA		CAPITALIZZA

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 INTESA SANPAOLO
 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.

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

Professione								
Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione	Tipo Professione	Cod.	Professione
Autonomo	1	Artigiano	Dipendente	11	Collaboratori Coordinati e Continuativi	Altro	19	Casalinga
Autonomo	2	Commerciante/ Esercente	Dipendente	12	Dipendenti di Coltivatori Diretti Mezzadri o Coloni	Altro	20	Clero e Altri Ministri di Culto
Autonomo	3	Imprenditore Agricolo	Dipendente	13	Dirigente	Altro	21	Non Occup./In Cerca di 1 ^a Occupazione
Autonomo	4	Imprenditore Industriale	Dipendente	14	Funzionario/Quadro	Altro	22	Pensionato
Autonomo	5	Lavoratore Autonomo	Dipendente	15	Impiegato	Altro	23	Soci di Cooperative di Produzione
Autonomo	6	Libero Professionista	Dipendente	16	Magistrato	Altro	24	Studente
Auton./Dip.te	7	Infermiere	Dipendente	17	Operaio			
Auton./Dip.te	8	Insegnante	Dipendente	18	Altre Professioni Dipendenti			
Auton./Dip.te	9	Medico						
Auton./Dip.te	10	Militare o Equiparato						

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

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.

VALUTA RICONOSCIUTA AL MEZZO DI PAGAMENTO

La Società provvederà a riconoscere ai mezzi di pagamento di cui sopra la seguente valuta:

- assegno bancario tratto sulla Filiale di Banca Generali S.p.A. presso la quale viene effettuato il versamento e assegno circolare emesso dalle Filiali di Banca Generali S.p.A.: stesso giorno di presentazione del titolo a Banca Generali S.p.A. da parte della Società
- assegno bancario/circolare tratto/emesso da/su altre banche: quanto previsto dalle condizioni contrattuali intercorrenti tra la Banca ordinante e Banca Generali S.p.A.
- bonifico bancario/disposizioni di addebito permanente/rimessa interbancaria diretta (Mod. RID): uguale a quella riconosciuta dalla Banca ordinante a Banca Generali S.p.A.
- invito a pagare (MAV) e versamento su C/C postale con bollettino: stesso giorno del versamento

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. - Centro Sud - Ufficio Assunzione Rischi, Viale Unità d'Italia, 34 - 66100 Chieti Scalo.

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 IBAN IT 96 F 03075 02200 CC 0300166824

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



mod. 10311360 - aggiornato al 10/2008



ALLEANZA
ASSICURAZIONI

www.alleanza.it

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Viale L. Sturzo, 35 - 20154 Milano tel. +39.02.6296.1 fax +39.02.653718

Cap. Soc. Euro 423.306.711,00 i. v. - Reg. Imp. Milano, CF 01834870154 - P. IVA 01312950155

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Assicurazioni Generali S.p.A.

Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00002 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi