

STATO DI FAMIGLIA

Nella sua qualità di Aderente della polizza numero _____ che la propria famiglia è così composta:

<i>nr.</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data nascita</i>	<i>Rapporto di parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Il/La sottoscritto/a **autorizza**, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, Alleanza Assicurazioni S.p.A. che riceve questa autocertificazione a verificare le informazioni in essa contenute, rivolgendosi alle Amministrazioni competenti.

Si allega copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

_____, ____ / ____ / ____
(luogo) (data)

Il/La dichiarante

(Firma)