



Antlia *non fumatori* SVM

Modulo di Proposta Senza Visita Medica

TALE PROPOSTA È PARTE INTEGRANTE DEL SET INFORMATIVO
 QUALORA LA PROPOSTA NON FOSSE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE NON SI POTRÀ PROCEDERE ALL'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Banca	Codice	Cod. Convenzione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filiale	ABI	CAB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proposta con copertura provvisoria n.	<input type="text"/>	Stipulata il <input type="text"/>

Controente persona fisica

COGNOME	NOME	SESSO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DATA DI NASCITA CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA*	LOCALITÀ	CAP PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRESSO (facoltativo)	CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA	LOCALITÀ	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROV. PAESE	PRESSO (facoltativo)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE SVOLTE DA NEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)



Controente diverso da Persona Fisica o Ditta Individuale

DENOMINAZIONE

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO SEDE LEGALE

COMUNE

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

PRESSO (facoltativo)

DATA COSTITUZIONE PROVINCIA DI COSTITUZIONE

ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI NR. REGISTRAZIONE

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE

PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO

PRIMO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

SECONDO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

TERZO PAESE ESTERO CON CUI SI INTRATTENGONO RELAZIONI COMMERCIALI

Dati dell'eventuale Esecutore per conto del Controente

L'Esecutore è il soggetto a cui sono conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del cliente (es. Legale Rappresentante o Procuratore).

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI RESIDENZA*

LOCALITÀ

CAP

PROV.

PAESE

PRESSO (facoltativo)

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

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

 Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Assicurando (quando diverso dal Contraente)

COGNOME	NOME		SESSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE DI NASCITA	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ	CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CITTADINANZA	SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DOMICILIO	PRESSO (facoltativo)	LOCALITÀ	CAP	PROV. PAESE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

 MOTIVAZIONE DELL'INDIVIDUAZIONE DI UN ASSICURATO DIVERSO DAL CONTRAENTE

Caratteristiche contrattuali

 Nome tariffa V5 NFUM a capitale costante Assicurazione complementare ACMA-IS

 Nome tariffa V5D NFUM a capitale decrescente

Durata contratto:	cifre	lettere	Frazionamento del premio:	Annuale	Semestrale	Mensile
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 12

Capitale assicurato iniziale	Data pagamento	Premio annuo	Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie
€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Rata di perfezionamento	Spese di emissione	Totale da versare	Di cui per le assicurazioni complementari e accessorie
€ <input type="text"/>	+ € 7,50	= € <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Mandato per l'Addebito Diretto SEPA Direct Debit (S.D.D.)

Estremi del conto corrente bancario per l'addebito automatico:

- IBAN: - Banca: - Intestato a: Riferimento del mandato: 701254000000 (indicare il numero di proposta)

Azienda creditrice:

- Nome/ragione sociale: Alleanza Assicurazioni S.p.A.
- Codice Fiscale: 10908160012
- Codice identificativo: IT330010000010908160012
- Indirizzo: Piazza Tre Torri 1 - 20154 Milano

Il sottoscritto Contraente autorizza Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere alla propria Banca l'addebito sul proprio conto e autorizza la propria Banca a procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Alleanza Assicurazioni S.p.A. Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

_____ X _____
Data e luogo Firma Contraente o suo Esecutore

Origine e provenienza dei fondi

ORIGINE DELLE SOMME VERSATE

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

Le somme versate sono in giacenza presso il conto corrente bancario o postale da più di 30 gg: SÌ NO

Questionario sanitario Assicurando
Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

ALTEZZA _____	PESO _____	Fumo o ho smesso di fumare da meno di 2 anni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	N° sigarette _____
1. Le è mai stata riconosciuta un'invalidità permanente?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Il suo peso ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni? (Escluso stato di gravidanza)				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Soffre o ha sofferto di malattia fisica, psichica, neurologica? Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.1 Soffre o ha mai sofferto di Iperensione?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> PA ≤ 140/90
				<input type="checkbox"/> 140/90 < PA < 160/100
				<input type="checkbox"/> PA ≥ 160/100
3.2 Soffre o ha mai sofferto di Ipercolesterolemia?				<input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO < 5
				<input type="checkbox"/> 5 ≤ RAPPORTO < 6
				<input type="checkbox"/> 6 ≤ RAPPORTO < 7
				<input type="checkbox"/> RAPPORTO ≥ 7
3.3 Soffre o ha mai sofferto di Diabete?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.4 Soffre o ha mai sofferto di Ipotiroidismo con assunzione di Eutirox o affini?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.5 Soffre o ha mai sofferto di Schizofrenia, Demenza, Ansia Maggiore o Depressione Bipolare?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.6 Soffre o ha mai sofferto di altre malattie Psichiche e/o malattie Neurologiche?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.7 Soffre o ha mai sofferto di Tumore maligno, Angina Pectoris, Attacco Ischemico Transitorio, Ictus, Infarto Miocardico, Cirrosi Epatica, Infezione da HIV, Covid-19 con ricovero ospedaliero o con sequele?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.8 Soffre o ha mai sofferto di altre malattie fisiche?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Dichiaro di fare uso abituale di farmaci? Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici, comuni FANS Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.1 Eutirox, farmaci per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.2 Farmaci per altre patologie				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Abusa e/o ha mai fatto abuso in passato di alcol e/o fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 4 unità. Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica: vino 1 bicchiere 125 ml; birra a gradazione normale 1/2 pinta 300 ml; superalcolico 1 bicchierino 30 ml Se la risposta è SI:				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.1 Alcol				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.2 Sostanze stupefacenti				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.3 Cannabinoidi				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>6. È stato ricoverato o prevede ricoveri anche in day-hospital per patologie o interventi chirurgici DIVERSI DA appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, emorroidectomia, deviazione del setto nasale, parto e/o aborto non collegato a malattia maligna, varicocele, asportazione di cisti e/o polipi benigni, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie, safenectomia, tumori cutanei benigni (nevo benigno, cheratosi, cheratoacantoma, istiocitoma, acantoma)?</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>6.1 Da eseguire nei prossimi 6 mesi</p> <p>6.2 Eseguiti</p> <p>6.3 Eseguito da meno di 6 mesi</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<p>7. Ha effettuato o ha in programma di effettuare in un prossimo futuro accertamenti diagnostici quali RX, TC, RMN, ecografie per malattie o interventi chirurgici DIVERSI DA quelli elencati alla precedente domanda 6 o di normale prevenzione non dovuti da patologie?</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>7.1 Eseguiti</p> <p>7.2 Da eseguire</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<p>8. Ha effettuato o ha in programma di effettuare procedure invasive come coronarografie, angiografie, endoscopie del tratto digerente, respiratorio o urinario? Per procedure invasive si intendono procedure eseguite a carico dell'apparato cardiovascolare (es angiografie, angioplastiche), digerente (es. gastroscopie, colonscopie, ecc), respiratorio (es. broncoscopie), urinario (es. cistoscopie).</p> <p>Se la risposta è SI:</p> <p>8.1 Eseguiti</p> <p>8.2 Da eseguire</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SI</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AD UNA DELLE DICHIARAZIONI SOTTO RIPORTATE	
<p>1. Ulteriori informazioni inerenti alle dichiarazioni per le quali ho risposto SI</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>2. Indico eventuali farmaci di cui abitualmente faccio uso e il loro dosaggio</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	

Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano:

- che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Data e luogo _____ _____ _____
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente

Beneficiari CASO MORTE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI			
<input type="text"/>			
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/>	email		<input type="checkbox"/>
			telefono
<input type="checkbox"/>	indirizzo di corrispondenza / sede legale		

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI			
<input type="text"/>			
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)			<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE			
<input type="text"/>			
Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornirci almeno uno dei seguenti recapiti:			
<input type="checkbox"/>	email		<input type="checkbox"/>
			telefono
<input type="checkbox"/>	indirizzo di corrispondenza / sede legale		

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

Beneficiari CASO MORTE

	COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE	CODICE FISCALE	% BENEFICIO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G*	
	DATA DI NASCITA / COSTITUZIONE	COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO)**	PROVINCIA**
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO SEDE LEGALE		COMUNE SEDE LEGALE	PROVINCIA SEDE LEGALE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAESE SEDE LEGALE (SE DIVERSO DA ITALIA)		NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO DELLE IMPRESE O REGISTRO PERSONE GIURIDICHE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

ENTE E LUOGO DI REGISTRAZIONE IN ALBI OBBLIGATORI

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o una persona con cui intrattiene notoriamente stretti legami)

 SÌ

 NO

RAPPORTO CON IL CONTRAENTE

Per consentirci di contattare più agevolmente il Beneficiario, le chiediamo di fornire almeno uno dei seguenti recapiti:

email telefono
 indirizzo di corrispondenza / sede legale

In alternativa è possibile scegliere anche la seguente tipologia di Beneficiari:

 Il Contraente (se diverso dall'Assicurato)

 Gli eredi legittimi dell'Assicurato

In caso di successione testamentaria, per "eredi legittimi" si intendono coloro che sarebbero stati tali in assenza di testamento.

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato verrà suddiviso, tra i Beneficiari designati, in parti uguali.
In caso di mancata compilazione dei campi anagrafici del Beneficiario la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.
La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata alla Compagnia.

Referente terzo, diverso dal Beneficiario, da indicare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, al quale la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

 COGNOME E NOME / DENOMINAZIONE

email telefono
 indirizzo di corrispondenza / sede legale

* Persona diversa da fisica. ** Da compilare solo con riferimento alla Persona Fisica.

Titolare Effettivo del Beneficiario (se Beneficiario diverso da persona fisica)

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO	DENOMINAZIONE		
	<input type="text"/>		
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE	<input type="text"/>		

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO	DENOMINAZIONE		
	<input type="text"/>		
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE	<input type="text"/>		

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO	DENOMINAZIONE		
	<input type="text"/>		
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE	<input type="text"/>		

TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO	DENOMINAZIONE		
	<input type="text"/>		
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	STATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
RAPPORTO CON IL CONTRAENTE	<input type="text"/>		

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso Alleanza Assicurazioni S.p.A.. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme eventualmente già pagate dal Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro sessanta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso Alleanza Assicurazioni S.p.A.. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato - al netto delle spese di emissione - comprensivo delle eventuali addizionali di frazionamento.

Condizioni di garanzia

La sottoscritta società Alleanza Assicurazioni S.p.A. accorda col presente atto, a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento ovvero dal giorno di valuta riconosciuto alla Società dell'importo sopraindicato, la copertura del rischio di cui alla presente proposta e relativi allegati che qui si intendono integralmente richiamati, fatte salve le condizioni di carenza per i contratti senza visita medica ove previste e riportate nelle Condizioni di Assicurazione. Il presente certificato diventerà nullo e privo di effetti:

- qualora il pagamento sia effettuato tramite assegno che risulti non incassabile;
- ovvero dal momento dell'emissione della polizza, nel

qual caso la copertura proseguirà e l'importo sopraindicato verrà computato a premio della polizza stessa;

- ovvero dal momento dell'invio, a mezzo raccomandata, da parte della Direzione della Società, dell'eventuale comunicazione di rifiuto dell'assicurazione e comunque alla scadenza del 90° giorno dalla data di pagamento senza che sia intervenuta emissione della polizza, nei quali casi la copertura verrà immediatamente a cessare e l'importo sopraindicato verrà messo a disposizione del Contraente per il relativo rimborso verso restituzione del presente documento.

Alleanza Assicurazioni S.p.A.



Adeguata verifica della clientela (ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e successive modifiche e integrazioni)**Informazioni su scopo e natura prevista del rapporto continuativo**

Il sottoscritto dichiara, di seguito, lo scopo e la natura del rapporto continuativo oggetto del presente Modulo di Adesione (Indicare la descrizione dello scopo del rapporto):

Investimento Risparmio Protezione

Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Il sottoscritto Contraente del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta conferma di rivestire la qualifica di Titolare Effettivo del suddetto rapporto continuativo. Mi impegno a comunicare prontamente alla Compagnia nel corso dello svolgimento del medesimo rapporto continuativo, ogni operazione allo stesso rapporto riconducibile che (i) comporti la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di importo pari o superiore a 15.000 euro - sia essa effettuata con un'operazione unica o con più operazioni frazionate - e (ii) sia effettuata per conto di soggetti diversi dal sottoscritto, fornendo alla stessa Compagnia tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo dell'operazione.

Ove il Contraente sia un soggetto diverso da persona fisica:

il sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della persona giuridica/ente intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta si impegna a fornire i completi dati identificativi dei Titolari Effettivi del contraente, necessari ai sensi del sopra richiamato D.Lgs. 231/2007 e succ. mod. e int.

La valorizzazione del Titolare Effettivo - barrando la casella sopra riportata e compilando l'apposita Sezione del presente Modulo di Proposta denominata "Dichiarazione resa ai sensi del D.Lgs. N. 231 del 21.11.2007 e succ. mod. e int., dal Cliente ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo" - è obbligatoria quando il rapporto continuativo sia intestato a soggetti diversi da persona fisica ad eccezione delle società quotate su un mercato regolamentato e degli uffici di Pubblica Amministrazione.

Ai fini della corretta individuazione del Titolare Effettivo si rimanda all'Informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs. N. 231 del 21 novembre 2007 e S.M.I. (antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo) riportata nel set informativo.

Dichiarazione resa dall'Esecutore, ai sensi del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 e successive modifiche e integrazioni, ai fini dell'identificazione del Titolare Effettivo del rapporto continuativo

Io sottoscritto, in qualità di Esecutore per conto della Persona Giuridica/Ente Intestatario del rapporto continuativo oggetto della presente richiesta - **preso atto che le informazioni richieste e contenute nella presente Sezione sono necessarie, ai sensi del D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 e succ. mod. ed int., al fine di una completa identificazione ed un'adeguata conoscenza del Contraente e del Titolare Effettivo del rapporto continuativo che si intende aprire con il presente Modulo di proposta/polizza** - fornisco di seguito, in conformità a quanto previsto dall'Articolo 22 del citato D.Lgs. 231/2007 succ. mod. ed int., sotto la mia personale responsabilità, i completi dati identificativi relativi alle persone fisiche che rivestono la qualifica di Titolare Effettivo sulla base dei criteri di cui all'articolo 20 del sopra richiamato Decreto, consapevole che le informazioni sotto richieste sono indispensabili al fine di consentire alla Compagnia l'adempimento degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di antiriciclaggio.

1° Titolare Effettivo del Contraente

 COGNOME NOME SESSO M F

 COMUNE DI NASCITA PROV. PAESE DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

 CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA

 INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) COMUNE DI RESIDENZA CAP PROV. PAESE

 INDIRIZZO DI DOMICILIO PRESSO (facoltativo) COMUNE DI DOMICILIO CAP PROV. PAESE

 Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

 Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

 P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:

- | | |
|--|--|
| 01 - Artigiano | 13 - Dirigente |
| 02 - Commerciante/Esercente | 14 - Funzionario/Quadro |
| 03 - Imprenditore agricolo | 15 - Impiegato |
| 04 - Imprenditore industriale | 16 - Magistrato |
| 05 - Lavoratore autonomo | 17 - Operaio |
| 06 - Libero professionista | 18 - Altre professioni dipendenti |
| 07 - Infermiere | 19 - Casalinga |
| 08 - Insegnante | 20 - Clero |
| 09 - Medico | 21 - Non occupato |
| 10 - Militare | 22 - Pensionato |
| 11 - Collaboratori coordinati e continuativi | 23 - Soci di cooperative di produzione |
| 12 - Dipendenti di coltivatori diretti | 24 - Studente |

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %
 Controllo con influenza dominante
 Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
 Fiduciante
 Beneficiario individuato
 Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

2° Titolare Effettivo del Contraente

 COGNOME NOME SESSO M F

 COMUNE DI NASCITA PROV. PAESE DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

 CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA

 INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) COMUNE DI RESIDENZA CAP PROV. PAESE

 INDIRIZZO DI DOMICILIO PRESSO (facoltativo) COMUNE DI DOMICILIO CAP PROV. PAESE

 Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

 Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

 P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:

- | | |
|--|--|
| 01 - Artigiano | 13 - Dirigente |
| 02 - Commerciante/Esercente | 14 - Funzionario/Quadro |
| 03 - Imprenditore agricolo | 15 - Impiegato |
| 04 - Imprenditore industriale | 16 - Magistrato |
| 05 - Lavoratore autonomo | 17 - Operaio |
| 06 - Libero professionista | 18 - Altre professioni dipendenti |
| 07 - Infermiere | 19 - Casalinga |
| 08 - Insegnante | 20 - Clero |
| 09 - Medico | 21 - Non occupato |
| 10 - Militare | 22 - Pensionato |
| 11 - Collaboratori coordinati e continuativi | 23 - Soci di cooperative di produzione |
| 12 - Dipendenti di coltivatori diretti | 24 - Studente |

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %
 Controllo con influenza dominante
 Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
 Fiduciante
 Beneficiario individuato
 Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

3° Titolare Effettivo del ContraenteCOGNOME NOME SESSO M FCOMUNE DI NASCITA PROV. PAESE DATA DI NASCITA CODICE FISCALE CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) COMUNE DI RESIDENZA CAP PROV. PAESE INDIRIZZO DI DOMICILIO PRESSO (facoltativo) COMUNE DI DOMICILIO CAP PROV. PAESE Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto PassaportoNumero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:

- | | |
|--|--|
| 01 - Artigiano | 13 - Dirigente |
| 02 - Commerciante/Esercente | 14 - Funzionario/Quadro |
| 03 - Imprenditore agricolo | 15 - Impiegato |
| 04 - Imprenditore industriale | 16 - Magistrato |
| 05 - Lavoratore autonomo | 17 - Operaio |
| 06 - Libero professionista | 18 - Altre professioni dipendenti |
| 07 - Infermiere | 19 - Casalinga |
| 08 - Insegnante | 20 - Clero |
| 09 - Medico | 21 - Non occupato |
| 10 - Militare | 22 - Pensionato |
| 11 - Collaboratori coordinati e continuativi | 23 - Soci di cooperative di produzione |
| 12 - Dipendenti di coltivatori diretti | 24 - Studente |

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %
- Controllo con influenza dominante
- Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Fiduciante
- Beneficiario individuato
- Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

4° Titolare Effettivo del Contraente

 COGNOME NOME SESSO M F

 COMUNE DI NASCITA PROV. PAESE DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

 CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA

 INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) COMUNE DI RESIDENZA CAP PROV. PAESE

 INDIRIZZO DI DOMICILIO PRESSO (facoltativo) COMUNE DI DOMICILIO CAP PROV. PAESE

 Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

 Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

 P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

RICOPRE CARICHE PUBBLICHE DIVERSE DA PEP (es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblicistica)

PRECEDENTE PROFESSIONE (se pensionato)

Scegliere tra:

- | | |
|--|--|
| 01 - Artigiano | 13 - Dirigente |
| 02 - Commerciante/Esercente | 14 - Funzionario/Quadro |
| 03 - Imprenditore agricolo | 15 - Impiegato |
| 04 - Imprenditore industriale | 16 - Magistrato |
| 05 - Lavoratore autonomo | 17 - Operaio |
| 06 - Libero professionista | 18 - Altre professioni dipendenti |
| 07 - Infermiere | 19 - Casalinga |
| 08 - Insegnante | 20 - Clero |
| 09 - Medico | 21 - Non occupato |
| 10 - Militare | 22 - Pensionato |
| 11 - Collaboratori coordinati e continuativi | 23 - Soci di cooperative di produzione |
| 12 - Dipendenti di coltivatori diretti | 24 - Studente |

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ___ %
 Controllo maggioranza voti esercitabili pari al ___ %
 Controllo con influenza dominante
 Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
 Fiduciante
 Beneficiario individuato
 Disponente/Fondatore

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

Dichiarazioni del Contraente, Esecutore per conto del Contraente e Assicurando

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il sottoscritto Contraente/Esecutore per conto del Contraente/Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza):

- **Dichiara di aver ricevuto il set informativo che si compone del Documento informativo precontrattuale (DIP Vita) e del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi, delle Condizioni di Assicurazione comprensive delle Definizioni e del fac-simile del Modulo di Proposta;**
- **dichiara di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (Tariffe V5 NFUM e V5D NFUM), consegnate in mie mani e di cui ha preso visione;**
- **dichiara che i dati riportati nel Modulo di Proposta sono corretti;**
- **dichiara di essere stato informato in merito alla valutazione effettuata dal distributore sulla coerenza della presente Proposta rispetto alle esigenze assicurative da me manifestate, in conformità alle vigenti disposizioni;**
- **dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) nei casi previsti dalla normativa vigente e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo (conforme al modello di cui all'allegato 4 del Reg. Ivass n.40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n.40/2018);**
- **dichiara, sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. **Dichiara** altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese. **Dichiara** infine che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.**

Data e luogo

X

Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Il sottoscritto Assicurando dichiara:

- **ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ha taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri;**
- **che **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.**

Data e luogo

X

Firma Assicurando

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

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

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

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

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

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

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

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

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1, 20145 Milano (MI), e-mail: privacy@alleanza.it, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marrocchese, 14, 31021. La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

Tempi di conservazione dei dati

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

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

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

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

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

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

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di potenza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, e anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autoforniture, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, honoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

I miei consensi privacy**Consenso contrattuale**

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO Alleanza Assicurazioni S.p.A. a trattare le categorie particolari di miei dati personali, tra cui i dati relativi alla mia salute, con le finalità del trattamento illustrate sub (i), (ii), (iii), (iv) e (v), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti, nonché la loro comunicazione ai soggetti sopraindicati ed il trattamento da parte di questi ultimi.

 Autorizzo**Consensi commerciali e di profilazione commerciale**

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

 Autorizzo Non autorizzo

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

 Autorizzo Non autorizzo**Firme di sottoscrizione**

_____ X _____ ✓
Data e luogo Firma Contraente o Esecutore Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Identificazione del Contraente o del suo Esecutore (se diverso dal Contraente)

Nel confermare la regolare acquisizione della presente richiesta ed inviandola alla Compagnia, attesto che la stessa è stata correttamente compilata, che le firme sopra riportate sono state apposte correttamente dagli interessati e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di avere identificato direttamente, anche ai sensi del D. LGS 231 del 21 novembre 2007 e succ. mod. e int., i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

_____ Nome e cognome dell'operatore bancario

_____ Firma dell'operatore bancario

DOPO LA COMPILAZIONE LA PROPOSTA DEVE ESSERE FOTOCOPIATA IN N. 2 ESEMPLARI

Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela (Art. 15 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

(da riempire a cura dell'operatore)

Modalità di svolgimento del rapporto continuativo (da compilare solo in fase di sottoscrizione)

- In presenza del cliente/esecutore per conto di persona non fisica
- In presenza del solo esecutore per conto di persona fisica
- Mediante telefono o attraverso internet

Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto

- Normale
- Riluttante a fornire informazioni sufficienti
- Il cliente ha chiesto di ristrutturare il rapporto o l'operazione perché l'originaria impostazione implicava l'identificazione o un supplemento di istruttoria
- Il cliente intende operare con modalità non usuali
- Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione

Compatibilità del rapporto/operazione con la situazione economica e/o patrimoniale del Contraente

- Polizza /operazione compatibile con la situazione economica e/o patrimoniale del cliente o del titolare effettivo
- Polizza /operazione non compatibile con la situazione economica e/o patrimoniale del cliente o del titolare effettivo

Data e luogo

Sottoscrizione del rilevatore

FAC-SIMILE