1234567-73

FAC-SIMILE

PROPOSTA

SEMPLICE

con Alleanza

ALLEANZA ASSICURAZIONI

Mod. 06/2025

www.alleanza.it
Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111
Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012
Partita IVA n. 01333550323 - Pec: alleanza@pec.alleanza.it - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi

GENERALI

1234567-73

Il bisogno che si desidera soddisfare attraverso la sottoscrizione del presente contratto è: (contrassegnare il bisogno)

- ☐ Cura della persona
- ☐ Protezione del patrimonio
- ☐ Protezione dei beni
- ☐ Assistenza e soccorso

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA COERENZA DEL PRODOTTO ASSICURATIVO

Gentile Cliente,
il presente questionario, la cui proposizione è per noi obbligatoria ai sensi della normativa vigente, ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto alle Sue esigenze garantendole una maggiore tutela.

INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO DA ASSICURARE

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

PROTEZIONE DELLA PERSONA

Sono interessato a sottoscrivere un contratto assicurativo che prevede:

- il pagamento di un indennizzo forfettario (importo predefinito) in caso di lesione che colpisca l'integrità fisica.	SI ☐	NO ☐
- il pagamento di un indennizzo forfettario (importo predefinito) in caso di intervento chirurgico.	SI ☐	NO ☐
- il pagamento di un indennizzo forfettario (importo predefinito) in caso di diagnosi di grave patologia.	SI ☐	NO ☐
- il pagamento di un'indennità giornaliera in caso di ricovero opedaliero, di immobilizzazione e/o per convalescenza post ricovero.	SI ☐	NO ☐

PROTEZIONE DEL REDDITO

Sono interessato a sottoscrivere un contratto assicurativo che prevede:

- il pagamento di un indennizzo forfettario mensile in caso di perdita di impiego.	SI ☐	NO ☐

IMPORTANTE:
Le garanzie assicurative offerte con il prodotto Semplice con Alleanza sono prestate con:
- i capitali assicurati scelti dal Contraente nell'ambito delle opzioni offerte da Alleanza Assicurazioni S.p.A;
- i massimali, le esclusioni e/o limitazioni di garanzia previsti dalle condizioni di assicurazione, dei quali il Contraente è stato informato.

FAC-SIMILE

1234567-73

AGENZIA DI

(in lettere) *(in codice)* *(Ispettorato Agenziale)* / *(Settore)* / *(Zona)*

(Indirizzo) *(Comune)* *(Prov.)*

TIPO OPERAZIONE ☐ **Nuovo contratto** ☐ **Sostituzione Polizza n.** _____

Condizione di assicurazione _____ Convenzione _____

DURATA

Il contratto ha una durata pari a **5 anni.**
Il Contraente può recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale, senza costi e con preavviso di 30 giorni.
Alla scadenza quinquennale il contratto viene rinnovato di un anno e così successivamente. Il Contraente o Alleanza possono impedire il rinnovo inviando comunicazione di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla relativa scadenza annuale.
Le comunicazioni devono essere fatte per iscritto e inviate all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano, o all'indirizzo alleanza@pec.alleanza.it.

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 _____

Residenza

Indirizzo _____ N° Civico _____

Presso *(facoltativo)* _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Nazione _____

Recapito per inoltro della corrispondenza *(solo se diverso da Residenza)*

Indirizzo _____ N° Civico _____

Presso *(facoltativo)* _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____ Nazione _____

Cell. _____ N.tel. _____ e-mail _____

Documento ☐ Carta d'identità ☐ Passaporto ☐ Patente 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. _____

FACSIMILE

1234567-73

GARANZIE, CAPITALI E INDENNIZZI PER CIASCUNA SOSTITUZIONE/PACCHETTO

	Soluzione 1 Lesioni per tutte le cause	**Soluzione 2** Interventi Chirurgici	**Soluzione 3** Minori		**Soluzione 4a** Diarie			**Soluzione 4b** Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti	**Soluzione 5** Grandi Cure
PACCHETTO	Capitale Assicurato	Capitale Assicurato	Lesioni per tutte le cause Capitale Assicurato	Interventi chirurgici Capitale Assicurato	Diaria da ricovero	Diaria da immobiliz.	Diaria da convalescenza	Indennizzo mensile per perdita di impiego	Capitale Assicurato
SMALL	€ 50.000	€ 50.000	€ 50.000	€ 50.000	€ 50	€ 50	€ 25	€ 600	€ 50.000
MEDIUM	€ 75.000	€ 75.000	€ 75.000	€ 75.000	€ 70	€ 70	€ 35	€ 800	€ 75.000
LARGE	€ 100.000	€ 100.000	€ 100.000	€ 100.000	€ 90	€ 90	€ 45	€ 1.000	€ 100.000
PREMIUM	€ 150.000	€ 150.000	€ 150.000	€ 150.000	€ 110	€ 110	€ 55	€ 1.200	€ 150.000
SUPER	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 130	€ 130	€ 65	€ 1.400	€ 200.000

FAC-SIMILE

1234567-73

ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente dichiara che per gli stessi rischi esistono altre assicurazioni: ☐

Indicare il nome della compagnia assicuratrice _____

FRAZIONAMENTO E PREMIO

Rata: ☐ M (mensile) ☐ A (annuale)

Premio lordo ante sconto _____

Premio lordo prima rata _____

di cui diritti di emissione _____

Premio lordo rate successive _____

Premio non goduto sulla polizza sostituita da rimborsare _____

☐ **"Sconto voucher Nuovi Clienti" da canale Partnership: in questi casi il premio è scontato del 20% per i primi 5 anni dalla data di decorrenza. In caso di rinnovo alla scadenza quinquennale, lo sconto non è applicato.**

SOGGETTO PAGANTE(Titolare c/c)

coincide con: ☐ **Contraente** ☐ **Assicurato Principale 1**

***(se diverso dal Contraente e dall'Assicurato1)* - Il Delegato in caso di Persona Giuridica**

Cognome e nome _____ M ☐ F ☐ Data di nascita _____

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

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza _____ N. Civico _____

Presso *(facoltativo)* _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____
(o stato estero)

Documento ☐ Carta d'identità ☐ Passaporto ☐ Patente Numero _____

Data rilascio _____ Scadenza _____ Ente rilascio _____

Desidero attivare il pagamento tramite SDD anche sulle seguenti Polizze (indicare numero di Polizza e prime tre lettere del cognome del Contraente):

Autorizzo a provvedere all'addebito dei premi della presente Proposta e delle Polizze indicate appoggiando i pagamenti sull'autorizzazione permanente di addebito già in essere per la Polizza N° _____

MEZZI DI PAGAMENTO

Alleanza Assicurazioni S.p.A. accetta quale mezzo di pagamento della prima rata del premio (Deposito Cauzionale):

☐ Addebito su conto corrente tramite SDD - IBAN indicato nella seguente sezione (esclusivamente per il pagamento di polizze con attivazione del canale SDD anche per le rate successive) € _____

☐ Assegno bancario non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.

N. _____ Banca _____ € _____

☐ POS/ E-PAY € _____

☐ Bonifico bancario a valore su IBAN a me intestato € _____

Rate successive

☐ Mensile: ☐ addebito diretto Sepa Direct Debit - **SDD** (compilare la sezione sottostante)

☐ Annuale: ☐ addebito diretto Sepa Direct Debit - **SDD** (compilare la sezione sottostante) ☐ assegno / carta di credito o debito

MANDATO PER ADDEBITO SDD

Riferimento del mandato 701254

Codice Identificativo Creditore per Prima Rata: IT33CAU0000010908160012

Codice Identificativo Creditore per Rate successive: IT33001000010908160012

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione ad Alleanza Assicurazioni S.p.A. a richiedere alla banca del soggetto pagante l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla banca del Soggetto Pagante di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Alleanza Assicurazioni S.p.A.. Il Soggetto Pagante 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.
Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Cognome e nome del Soggetto Pagante _____

IBAN: | | | | | | | BIC/SWIFT: | |

Codice Paese | CIN IBAN | CIN | ABI | CAB | Numero di conto corrente | BIC/SWIFT

Luogo e data

Firma del Soggetto Pagante *(leggibile)*
se diverso dal Contraente e dall'Assicurato1

FAC-SIMILE

1234567-73

ISTRUZIONI PER BONIFICO BANCARIO UTILIZZABILE SOLO PER IL PAGAMENTO DELLA PRIMA RATA DI PREMIO (DEPOSITO CAUZIONALE))

Il bonifico a favore di Alleanza Assicurazioni S.p.A., va eseguito sul conto corrente di Banca Unicredit:

IBAN:	IT	74	M	02008	12028	000104958553	BIC/SWIFT:	UNCRITMMOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di:

- **aver ricevuto in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta, il Profilo Cliente, il Set Informativo composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Danni), Condizioni di assicurazione comprensive delle definizioni e dal modulo di Proposta e di accettare le disposizioni in essi contenute;**
- **il documento con l'informativa sul distributore, conforme al modello di cui all'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018;**
- essere a conoscenza che Alleanza può non accettare la presente Proposta;
- essere a conoscenza che la presente Proposta è irrevocabile per un periodo di 15 giorni che decorre dalla data di sottoscrizione della Proposta stessa ai sensi degli artt. 1329 e 1887 del Cod. Civ. Durante tale periodo la revoca è senza effetto. Al termine del suddetto termine, sempreché il contratto non sia stato concluso, la Proposta può essere revocata dal Contraente stesso, inviando una comunicazione scritta all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano, o all'indirizzo alleanza@pec.alleanza.it, indicando "REVOCA" sulla busta o, in caso di utilizzo della posta elettronica, nell'oggetto della comunicazione. La comunicazione di revoca deve contenere l'indicazione del codice dell'Agenzia Generale (indicato nella prima pagina) e del numero di Proposta; in caso di revoca Alleanza rimborsa al Contraente la somma eventualmente corrisposta, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, al netto delle spese di emissione, ove previste. Se Alleanza non accetta la Proposta di assicurazione sono restituite integralmente le somme eventualmente versate dal Contraente;
- essere a conoscenza che il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente riceve la Polizza o, comunque, nel momento in cui viene a conoscenza dell'accettazione della Proposta da parte di Alleanza;
- essere a conoscenza che il contratto non si ritiene concluso a fronte del pagamento del premio che viene trattenuto da Alleanza a titolo di deposito cauzionale;
- ☐ DARE CONSENSO ☐ NON DARE CONSENSO

  a ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica comunicato a Alleanza Assicurazioni S.p.A. e a ricevere la documentazione prevista **per tutti i contratti in essere con Alleanza e le relative comunicazioni** mediante pubblicazione nell'apposita sezione dell'**Area Clienti** presente sul sito www.alleanza.it. Si impegna a comunicare ogni variazione dell'indirizzo indicato ed è stato informato che può modificare in qualsiasi momento la scelta direttamente nell'**Area Clienti** o rivolgendosi all'**Agenzia di competenza**.
- essere consapevole che le informazioni e i dati forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Profilo Cliente, qui confermati, sono necessari per la valutazione di coerenza della presente proposta rispetto alle richieste e alle esigenze assicurative manifestate;
- aver ricevuto la raccomandazione personalizzata recante i motivi per cui il contratto offerto soddisfa le proprie richieste ed esigenze;
- dichiara inoltre che il presente contratto non è stato collocato mediante tecniche di comunicazione a distanza.
- essere consapevole che, nel caso di sostituzione della polizza nel corso della durata contrattuale, Alleanza effettua una valutazione del rischio esclusivamente per i nuovi soggetti assicurati e in caso di nuova sottoscrizione della Soluzione 2 – Interventi Chirurgici o della Soluzione 5 – Grandi Cure, mentre rimangono ferme tutte le dichiarazioni assuntive già svolte in precedenza che restano valide ed efficaci;
- essere consapevole che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni sottoscritte dagli assicurati, comprese quelle inserite nel Questionario Sanitario previsto per le Soluzioni 2 – Interventi Chirurgici e 5 – Grandi Cure, che si richiamano come parte integrante del contratto e che si confermano.

Il contraente prende atto delle condizioni di non assicurabilità di cui all'art. 1 (Persone non assicurabili) della sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE", fermo restando l'esito del Questionario Sanitario.

Luogo e data

Firma del Contraente (leggibile)

CLAUSOLA DA APPROVARE SPECIFICATAMENTE

Il Contraente dichiara inoltre di aver preso piena conoscenza e di approvare, in ogni loro parte, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, le disposizioni delle "Condizioni di Assicurazione" qui richiamate.
Norme Comuni

Art. 5 (Recesso in caso di sinistro) della sezione "NORME COMUNI"

Art. 2.2 (Durata del contratto – Recesso e Disdetta) della sezione "NORME COMUNI"

Luogo e data

Firma del Contraente *(leggibile),* o del Delegato se Persona Giuridica.

FACSIMILE

Allegato 1

1234567-73

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, da lei forniti o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Alleanza Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) 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); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative(2); (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare I dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) 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 (iv) 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 contrattuali come previsti dai contratti in essere.

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 e 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 rivolgendosi a: Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano (MI), privacy@alleanza.it o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14, 31021".

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

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare 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 contestazione, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

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 www.alleanza.it.

NOTE:

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

DATI DELL'ACQUISIZIONE

Segnalatore _____ Presentatore _____

Dichiaro che le firme del Contraente e dell'Assicurando sono state apposte in mia presenza dopo che ne ho verificato l'identità. Dichiaro inoltre di aver verificato la veridicità dei dati fornitimi.

Firma del Presentatore _____

FAC SIMILE

Allegato 2

1234567-73

TABELLE DI RIFERIMENTO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CODICI PROFESSIONE E STATO CIVILE

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

Codice	Settore professionale	Codice	Settore professionale	Codice	Settore professionale
01	Agricoltura e allevamento	14	Commercio di antiquariato e oggetti d'arte	27	Riparazione autoveicoli, elettrodomestici ed articoli in cuoio
02	Alimentaristi e pesca	15	Commercio e produzione orologi e preziosi	28	Trasporti
03	Chimici e farmaceutici	16	Commercio e produzione di armi	29	Commercialisti, avvocati, notai
04	Meccanica	17	Commercio altri prodotti	30	Servizi di consulenza (giuslavoristica, fiscale, periti, altri)
05	Auto e strumenti di precisione	18	Supermercati, grandi magazzini	31	Ingegneri, architetti, geometri
06	Siderurgici, energetici, elettrici	19	Pubblica amministrazione (Enti locali, statali, militari)	32	Servizi di noleggio e locazione, servizi di pulizia e nettezza urbana
07	Prodotti in legno, plastica, gomma, strumenti musicali e articoli sportivi	20	Istruzione e ricerca	33	Servizi di custodia e deposito
08	Produzione materiale da costruzione, vetro e ceramica	21	Assicurazioni e istituti di credito	34	Studi fotografici e servizi di pubblicità
09	Tessili	22	Intermediari (commercio)	35	Carta, editoria, spettacolo
10	Prodotti a base di tabacco	23	Servizi professionali e imprenditoriali	36	Telecomunicazioni
11	Edilizia	24	Agenzie immobiliari e porta valori	37	Servizi sanitari, ricreativi, di lavanderia
12	Commercio prodotti alimentari e tabacco	25	Associazioni (servizi sociali, delle organizzazioni professionali, economiche e sindacali)	38	Sala corse e case da gioco
13	Commercio prodotti farmaceutici e cosmetici	26	Turismo e pubblici esercizi	39	Non previsto. Sono ammissibili solo le professioni Codice 19, 20, 21, 22, 24

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

Dichiaro di avere verificato la correttezza dei dati anagrafici contenuti nella presente proposta assicurativa e attesto che la stessa risulta compilata e sottoscritta in maniera completa e conforme alle normative vigenti e alle prescrizioni aziendali. Dichiaro di autorizzare l'operazione.

Firma dell'Agente Generale _____

(leggibile)

FACSIMILE

ALLEANZA ASSICURAZIONI

Accedi all'area riservata

QUIETANZA DA ABBINARE ALLA PROPOSTA

ESITO DELLA PROFILAZIONE

Profilo di rischio: ☐ Basso ☐ Medio-Basso ☐ Medio ☐ Medio-Alto ☐ Alto

BISOGNI: ☐ Cura della persona ☐ Protezione del patrimonio ☐ Protezione dei beni ☐ Risparmio ☐ Investimento ☐ Previdenza complementare ☐ Assistenza e soccorso ☐ Nessun bisogno

Nota: La informiamo che riceverà copia del Modulo di Profilazione unitamente alla copia della Proposta da lei sottoscritta.

DATI IDENTIFICATIVI

Prodotto:

☒ SEMPLICE CON ALLEANZA ☐ CASA SEMPLICE ☐ WSALUTE DI ALLEANZA

Contraente (nome e cognome) _____

ELEMENTI DEL CONTRATTO

Durata del contratto (anni - giorni) _____

Importo di rata (euro) _____

Frequenza di versamento ☐ Annuo ☐ Mensile

PAGAMENTO DEPOSITO CAUZIONALE

Importo di rata (euro) _____ Spese di emissione (euro) _____

Importo versato (euro) _____

Mezzo di pagamento ☐ Assegno bancario ☐ P.O.S./ E-PAY ☐ Addebito su conto corrente tramite SDD ☐ Bonifico bancario a valore su IBAN a me intestato

Data _____ Luogo _____

L'Incaricato (nome e cognome) _____

Firma del Collaboratore Alleanza (leggibile) _____

FACSIMILE