

## Raccomandazione personalizzata

Gentile Cliente,

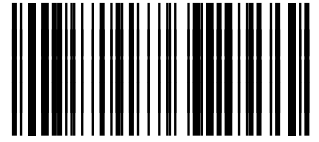
in esecuzione del servizio di consulenza prestato in materia di distribuzione assicurativa ed in ottemperanza all'art. 59 comma 1 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, La informiamo che, in base ai dati ed alle informazioni da Lei forniti, ivi inclusi quelli contenuti nel Suo Profilo Cliente, **il contratto consigliato:**

**è stato raccomandato** in quanto risponde alla sua richiesta di copertura del bisogno di protezione e cura della persona e prevede, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata:

- il pagamento diretto da parte della Compagnia delle spese sanitarie in caso di ricovero e/o di prestazioni diagnostiche ad Alta Specializzazione ovvero la corresponsione di un indennizzo forfettario in caso di intervento chirurgico effettuato con un'equipe medica che non ha aderito alla convenzione all'interno della stessa rete convenzionata oltre al riconoscimento di una tariffa agevolata sulle prestazioni che non prevedono il pagamento diretto;
- il pagamento diretto da parte della Compagnia delle spese per le visite odontoiatriche di controllo oltre al riconoscimento di una tariffa agevolata sulle prestazioni odontoiatriche.

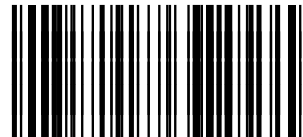
Le ricordiamo che il Suo consulente è a Sua completa disposizione per ogni necessità di supporto o chiarimento.

Alleanza Assicurazioni S.p.A.



\*60101939715\*

FACSIMILE



\*60101939715\*

# PROPOSTA

## W SALUTE di Alleanza



**ALLEANZA**  
ASSICURAZIONI

Mod. 02/2026

[www.alleanza.it](http://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](mailto: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





\*60101939715\*

**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 \_\_\_\_\_

Sono interessato a sottoscrivere un contratto assicurativo per spese mediche che opera esclusivamente se sono utilizzate strutture in convenzione che:

- tiene indenne l'Assicurato dalle spese sanitarie relative a Ricovero e/o Prestazioni Diagnostiche ad Alta Specializzazione, con pagamento diretto da parte della Compagnia ovvero con la corresponsione di un indennizzo forfettario in caso di intervento chirurgico effettuato con un'equipe medica che non ha aderito alla convenzione all'interno della stessa rete convenzionata SI  NO

- tiene indenne uno o più Assicurati, dalle spese di due visite odontoiatriche di controllo con pulizia dei denti, con pagamento diretto da parte della Compagnia SI  NO

**IMPORTANTE:**

Le garanzie assicurative concedibili con il prodotto WSalute di Alleanza sono prestate con:

- i massimali, le esclusioni e/o limitazioni di garanzia previsti dalle Condizioni di Assicurazione, dei quali il Contraente è stato informato.



\*60101939715\*

**AGENZIA DI**

(in lettere)

(in codice)

(Ispettorato Agenziale)

(Settore)

(Zona)

(Indirizzo)

(Comune)

(Prov.)

**TIPO OPERAZIONE**

**Nuovo contratto**

**Sostituzione Polizza n.**

**DATI TECNICI** Condizione di assicurazione (mese, anno)

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](mailto: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.



\*60101939715\*

**Assicurato Principale 1 SE DIVERSO DAL CONTRAENTE)**

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DELL'Assicurato Principale 1 (rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile)**

**Questionario sanitario**

**1.Indice di Massa Corporea (BMI)**

Altezza (in cm)

Peso (in kg)  Indice di Massa Corporea (BMI)

**2.Abitudine al fumo**

Fuma o ha fumato negli ultimi due anni oltre 20 sigarette al giorno, oppure fuma sigarette elettroniche da meno di due anni?  Si  No

**3.Abitudine all'alcol**

Consuma oltre 6 bicchieri di vino/birra e/o 2 superalcolici al giorno?  Si  No

**4.Familiarità**

Tra i familiari DIRETTI (madre, padre, sorelle, fratelli), prima dell'età di 60 anni, ci sono stati casi di:  Si  No

- malattie del cuore o della circolazione
- ictus
- tumori

**5.Uso di farmaci**

Usa QUOTIDIANAMENTE 2 o più farmaci per l'ipertensione?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per il cuore?  Si  No

(Ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione)

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per la cura del diabete?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per patologie respiratorie, anche per via aerea?  Si  No

(Ad eccezione di antistaminici per allergia)

**6.Esenzione per patologia cronica**

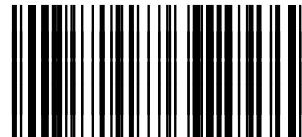
Ha una esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invaldità civile superiore al 46%?  Si  No

**7.Diagnosi pregresse**

Negli ultimi 10 anni ha avuto diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto?  Si  No

**AVVERTENZE:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- d) l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.



\*60101939715\*

**L'Assicurato:**

- prende atto che non sono assicurabili le persone residenti all'estero (con l'eccezione della Repubblica di San Marino) o affette da alcolismo o tossicodipendenza e che la copertura prevede dei termini di aspettativa così come indicato all'art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa) della sezione "NORME COMUNI" delle condizioni di assicurazione.
- dichiara di essere consapevole che la copertura assicurativa non interviene se il sinistro è conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di sottoscrizione originaria della proposta.
  - dichiara che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
  - dichiara di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
  - proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno curarlo o visitarlo, o altre persone alle quali Alleanza Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritiene opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni e acconsente che tali informazioni possono essere comunicate da Alleanza Assicurazioni o da chi per essa ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- autorizza il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato Principale 1



\*60101939715\*

## Assicurato Principale 2

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 \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

Documento  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'Assicurato Principale 2 (rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile)

### Questionario sanitario

#### 1.Indice di Massa Corporea (BMI)

Altezza (in cm)

Peso (in kg)  Indice di Massa Corporea (BMI)

#### 2.Abitudine al fumo

Fuma o ha fumato negli ultimi due anni oltre 20 sigarette al giorno, oppure fuma sigarette elettroniche da meno di due anni?  Sì  No

#### 3.Abitudine all'alcol

Consuma oltre 6 bicchieri di vino/birra e/o 2 superalcolici al giorno?  Sì  No

#### 4.Familiarità

Tra i familiari DIRETTI (madre, padre, sorelle, fratelli), prima dell'età di 60 anni, ci sono stati casi di:  Sì  No

- malattie del cuore o della circolazione
- ictus
- tumori

#### 5.Uso di farmaci

Usa QUOTIDIANAMENTE 2 o più farmaci per l'ipertensione?  Sì  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per il cuore?  Sì  No

(Ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione)

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per la cura del diabete?  Sì  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per patologie respiratorie, anche per via aerea?  Sì  No

(Ad eccezione di antistaminici per allergia)

#### 6.Esenzione per patologia cronica

Ha una esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invaldità civile superiore al 46%?  Sì  No

#### 7.Diagnosi pregresse

Negli ultimi 10 anni ha avuto diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto?  Sì  No

### AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.



\*60101939715\*

**L'Assicurato:**

- prende atto che non sono assicurabili le persone residenti all'estero (con l'eccezione della Repubblica di San Marino) o affette da alcolismo o tossicodipendenza e che la copertura prevede dei termini di aspettativa così come indicato all'art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa) della sezione "NORME COMUNI" delle condizioni di assicurazione.
- dichiara di essere consapevole che la copertura assicurativa non interviene se il sinistro è conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di sottoscrizione originaria della proposta.
  - dichiara che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
  - dichiara di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
  - proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno curarlo o visitarlo, o altre persone alle quali Alleanza Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritiene opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni e acconsente che tali informazioni possono essere comunicate da Alleanza Assicurazioni o da chi per essa ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- autorizza il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato Principale 2



\*60101939715\*

## Assicurato Maggiorene 1

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 \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

Documento  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'Assicurato Maggiorene 1 (rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile)

### Questionario sanitario

#### 1.Indice di Massa Corporea (BMI)

Altezza (in cm)

Peso (in kg)  Indice di Massa Corporea (BMI)

#### 2.Abitudine al fumo

Fuma o ha fumato negli ultimi due anni oltre 20 sigarette al giorno, oppure fuma sigarette elettroniche da meno di due anni?  Si  No

#### 3.Abitudine all'alcol

Consuma oltre 6 bicchieri di vino/birra e/o 2 superalcolici al giorno?  Si  No

#### 4.Familiarità

Tra i familiari DIRETTI (madre, padre, sorelle, fratelli), prima dell'età di 60 anni, ci sono stati casi di:  Si  No

- malattie del cuore o della circolazione
- ictus
- tumori

#### 5.Uso di farmaci

Usa QUOTIDIANAMENTE 2 o più farmaci per l'ipertensione?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per il cuore?  Si  No

(Ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione)

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per la cura del diabete?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per patologie respiratorie, anche per via aerea?  Si  No

(Ad eccezione di antistaminici per allergia)

#### 6.Esenzione per patologia cronica

Ha una esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invaldità civile superiore al 46%?  Si  No

#### 7.Diagnosi pregresse

Negli ultimi 10 anni ha avuto diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto?  Si  No

### AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.



\*60101939715\*

**L'Assicurato:**

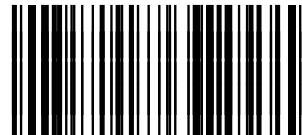
- prende atto che non sono assicurabili le persone residenti all'estero (con l'eccezione della Repubblica di San Marino) o affette da alcolismo o tossicodipendenza e che la copertura prevede dei termini di aspettativa così come indicato all'art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa) della sezione "NORME COMUNI" delle condizioni di assicurazione.
- dichiara di essere consapevole che la copertura assicurativa non interviene se il sinistro è conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di sottoscrizione originaria della proposta.
  - dichiara che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
  - dichiara di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
  - proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno curarlo o visitarlo, o altre persone alle quali Alleanza Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritiene opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni e acconsente che tali informazioni possono essere comunicate da Alleanza Assicurazioni o da chi per essa ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- autorizza il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato Maggiorene 1



\*60101939715\*

## Assicurato Maggiorene 2

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 \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

Documento  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'Assicurato Maggiorene 2 (rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile)

### Questionario sanitario

#### 1.Indice di Massa Corporea (BMI)

Altezza (in cm)

Peso (in kg)  Indice di Massa Corporea (BMI)

#### 2.Abitudine al fumo

Fuma o ha fumato negli ultimi due anni oltre 20 sigarette al giorno, oppure fuma sigarette elettroniche da meno di due anni?  Si  No

#### 3.Abitudine all'alcol

Consuma oltre 6 bicchieri di vino/birra e/o 2 superalcolici al giorno?  Si  No

#### 4.Familiarità

Tra i familiari DIRETTI (madre, padre, sorelle, fratelli), prima dell'età di 60 anni, ci sono stati casi di:  Si  No

- malattie del cuore o della circolazione
- ictus
- tumori

#### 5.Uso di farmaci

Usa QUOTIDIANAMENTE 2 o più farmaci per l'ipertensione?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per il cuore?  Si  No

(Ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione)

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per la cura del diabete?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per patologie respiratorie, anche per via aerea?  Si  No

(Ad eccezione di antistaminici per allergia)

#### 6.Esenzione per patologia cronica

Ha una esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invaldità civile superiore al 46%?  Si  No

#### 7.Diagnosi pregresse

Negli ultimi 10 anni ha avuto diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto?  Si  No

### AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.



\*60101939715\*

**L'Assicurato:**

- prende atto che non sono assicurabili le persone residenti all'estero (con l'eccezione della Repubblica di San Marino) o affette da alcolismo o tossicodipendenza e che la copertura prevede dei termini di aspettativa così come indicato all'art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa) della sezione "NORME COMUNI" delle condizioni di assicurazione.
- dichiara di essere consapevole che la copertura assicurativa non interviene se il sinistro è conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di sottoscrizione originaria della proposta.
  - dichiara che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
  - dichiara di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
  - proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno curarlo o visitarlo, o altre persone alle quali Alleanza Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritiene opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni e acconsente che tali informazioni possono essere comunicate da Alleanza Assicurazioni o da chi per essa ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- autorizza il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato Maggiorene 2



\*60101939715\*

### Assicurato Maggiorene 3

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 \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

Documento  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DELL'Assicurato Maggiorene 3 (rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile)

#### Questionario sanitario

##### 1.Indice di Massa Corporea (BMI)

Altezza (in cm)

Peso (in kg)  Indice di Massa Corporea (BMI)

##### 2.Abitudine al fumo

Fuma o ha fumato negli ultimi due anni oltre 20 sigarette al giorno, oppure fuma sigarette elettroniche da meno di due anni?  Si  No

##### 3.Abitudine all'alcol

Consuma oltre 6 bicchieri di vino/birra e/o 2 superalcolici al giorno?  Si  No

##### 4.Familiarità

Tra i familiari DIRETTI (madre, padre, sorelle, fratelli), prima dell'età di 60 anni, ci sono stati casi di:  Si  No

- malattie del cuore o della circolazione
- ictus
- tumori

##### 5.Uso di farmaci

Usa QUOTIDIANAMENTE 2 o più farmaci per l'ipertensione?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per il cuore?  Si  No

(Ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione)

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per la cura del diabete?  Si  No

Usa QUOTIDIANAMENTE farmaci per patologie respiratorie, anche per via aerea?  Si  No

(Ad eccezione di antistaminici per allergia)

##### 6.Esenzione per patologia cronica

Ha una esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invaldità civile superiore al 46%?  Si  No

##### 7.Diagnosi pregresse

Negli ultimi 10 anni ha avuto diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto?  Si  No

#### AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica a cura di medico fiduciario designato da Alleanza Assicurazioni per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.



\*60101939715\*

**L'Assicurato:**

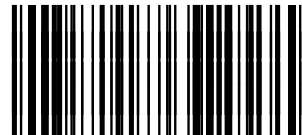
- prende atto che non sono assicurabili le persone residenti all'estero (con l'eccezione della Repubblica di San Marino) o affette da alcolismo o tossicodipendenza e che la copertura prevede dei termini di aspettativa così come indicato all'art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa) della sezione "NORME COMUNI" delle condizioni di assicurazione.
- dichiara di essere consapevole che la copertura assicurativa non interviene se il sinistro è conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di sottoscrizione originaria della proposta.
  - dichiara che le risposte e le informazioni rese sono complete, veritiere ed esatte e di essere consapevole che sono tutte essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base a tali risposte ed informazioni Alleanza determina se ed a quali condizioni assumere il rischio;
  - dichiara di essere quindi consapevole delle conseguenze derivanti da eventuali reticenze o inesattezze (ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile);
  - proscioglie dal segreto professionale e legale i medici ed Enti che possono o potranno curarlo o visitarlo, o altre persone alle quali Alleanza Assicurazioni, anche dopo l'eventuale sinistro, ritiene opportuno in ogni tempo rivolgersi per informazioni e acconsente che tali informazioni possono essere comunicate da Alleanza Assicurazioni o da chi per essa ad altre persone o Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- autorizza il trattamento delle categorie particolari di propri dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento sub (i), (ii), (iii) e (iv), illustrate nell'Informativa privacy per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in proprio favore previsti.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato Maggiorene 3



\*60101939715\*

### Assicurato Minorenne 1

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

#### **AVVERTENZE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.



\*60101939715\*

## Assicurato Minorenne 2

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

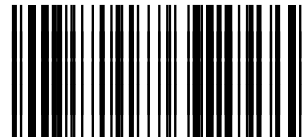
Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

### **AVVERTENZE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.



\*60101939715\*

**Assicurato Minorenne 3**

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

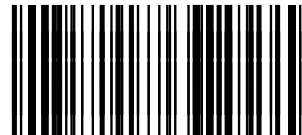
Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.



\*60101939715\*

### Assicurato Minorenne 4

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

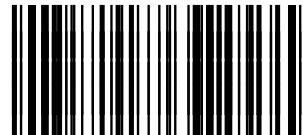
Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

#### **AVVERTENZE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.



\*60101939715\*

### Assicurato Minorenne 5

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** \_\_\_\_\_

Titolo di studio:  Scuola dell'obbligo  Scuola superiore  Laurea Cod. Prof. \_\_\_\_\_ Cod. Sett. Prof. \_\_\_\_\_

Cod. Stato civile \_\_\_\_\_

**Documento**  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero \_\_\_\_\_

Data di Rilascio \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ Comune/Ente rilascio \_\_\_\_\_

#### **AVVERTENZE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.



\*60101939715\*

L'assicurazione è operante, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle Soluzioni attivate nella presente Sezione

Assicurato	Soluzione 1 Cure Mediche MASSIMALE: € 500.000	Soluzione 2 Cure Dentarie
Principale 1		
Principale 2		
Maggiorenne 1		
Maggiorenne 2		
Maggiorenne 3		
Minorenne 1		
Minorenne 2		
Minorenne 3		
Minorenne 4		
Minorenne 5		

Soluzione 1 Cure Mediche	Soluzione 2 Cure Dentarie
<b>Prestazioni</b>	
Prestazioni diagnostiche ad Alta Specializzazione	Due visite specialistiche con pulizia dei denti
Cure pre ricovero: Esami, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni che precedono il ricovero	
Ricovero	
Cure post ricovero: Esami, Visite specialistiche, Accertamenti diagnostici effettuati nei 120 giorni dopo il ricovero	
Interventi chirurgici	
Percorso Gravidanza	
Assistenza: - Trasporto - Care Manager - Assistenza alla persona - Assistenza Estero	
<b>Servizi inclusi</b>	
Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche	Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie
Second Opinion	
Mini Check-up di prevenzione	
Teleconsulto medico	



\*60101939715\*

**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)

Assicurato	Premio lordo	% Sconto Nucleo	Premio lordo scontato

Premio lordo ante sconto voucher WSalute \_\_\_\_\_

Premio lordo prima rata \_\_\_\_\_

di cui diritti di emissione \_\_\_\_\_

Premio lordo rate successive \_\_\_\_\_

Premio non goduto sulla polizza sostituita da rimborsare \_\_\_\_\_

Premio lordo rate successive (a partire dal secondo anno) \_\_\_\_\_

Lo **SCONTO VOUCHER WSALUTE** prevede una riduzione del 20% sul premio totale della polizza valido per la prima annualità. Lo sconto è dedicato a chi non ha mai sottoscritto lo stesso prodotto e non è cumulabile con altre promozioni.**Adeguamento**

Ad ogni scadenza di Polizza successiva alla durata iniziale di 5 anni, in base a quanto indicato nelle Condizioni di assicurazione:

- **massimali e Premio** sono aggiornati in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute pubblicate dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT);
- il **Premio** della soluzione Cure Mediche è adeguato in funzione dell'avanzamento dell'età dell'Assicurato.

**SOGGETTO PAGANTE (TITOLARE C/C)**Coincide con:  Contraente  Assicurato principale 1*(se diverso dal Contraente e dall'Assicurato principale 1) - 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 \_\_\_\_\_

**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 o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.

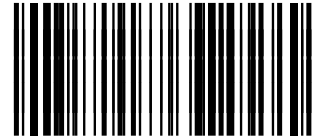
N. \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

 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





**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](mailto: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 Marocchessa 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 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.

**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](http://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 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, 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) Trattati 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, autofittine, 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, pignoratori, 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



\*60101939715\*

**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

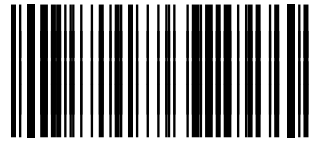
Codice	Settore professionale	Codice	Settore professionale	Codice	Settore professionale
01	Agricoltura e allevamento	14	Commercio di antiquariato e oggetti d'arte	27	Riparazione autoveicoli, elettrodomestici ed articoli in cuoio
02	Alimentaristi e pesca	15	Commercio e produzione orologi e preziosi	28	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)



\*60101939715\*

FACSIMILE



## 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 \_\_\_\_\_

L'Incaricato (nome e cognome) \_\_\_\_\_

*Firma del Collaboratore Alleanza (leggibile)* \_\_\_\_\_