



## Proposta di Assicurazione

# Nuovo Proteggere & Servire

Con Delega di Pagamento





## PRESENTAZIONE E BENVENUTO

Gentile Cliente,

di seguito troverà tutta la documentazione necessaria per valutare la ricchezza della soluzione assicurativa denominata "Proteggere & Servire" predisposta da AIG Europe Limited in collaborazione con l'Agenzia Cardelicchio Sas.

Confidiamo possa trovare la nostra proposta di suo gradimento e diventare così nostro assicurato.

La modalità di adesione al programma prevede la scelta tra 2 Opzioni di copertura Infortuni, a cui si posso liberamente aggiungere coperture per la famiglia, in caso di ricovero e per la Responsabilità Civile Patrimoniale.

Successivamente alla scelta, la sua adesione sarà inviata e subordinata alla verifica della documentazione da parte di AIG Europe Limited e alla possibilità di effettuare l'addebito del premio di polizza attraverso la trattenuta dello stesso sullo stipendio mensile, unica modalità di pagamento prevista.

L'agenzia Le invierà in seguito il Suo Certificato di Assicurazione unitamente alle Condizioni Generali di Assicurazione quale conferma della copertura.

---

*Il presente modulo disciplina l'adesione alla copertura prevista dal contratto di assicurazione stipulato con AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano.*



## PARTE 1 – DATI DEL PROPONENTE

<b>CODICE PROPOSTA</b>	Produttore..... Proposta Num .....
<b>NOME/COGNOME (1)</b>	Nome ..... Cognome .....
<b>ANAGRAFICA DI BASE</b>	Nato/a il ...../...../..... a ..... Prov (.....) C.F.....
<b>COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (anche non fiscalmente a carico) (2)</b>	<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente more uxorio ..... <input type="checkbox"/> Età .....
<b>COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (anche non fiscalmente a carico) (3)</b>	<input type="checkbox"/> Figlio/a..... <input type="checkbox"/> Età .....
<b>COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (anche non fiscalmente a carico) (4)</b>	<input type="checkbox"/> Figlio/a..... <input type="checkbox"/> Età .....
<b>COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE (anche non fiscalmente a carico) (5)</b>	<input type="checkbox"/> Figlio/a..... <input type="checkbox"/> Età .....
<b>INDIRIZZO RESIDENZA</b>	Via/Piazza ..... Num..... Città..... Prov(.....) CAP.....
<b>RECAPITI</b>	Telefono ..... Cellulare..... Email .....
<b>ANAGRAFICA MILITARE</b>	Corpo di appartenenza ..... Reparto ..... Grado .....

## PARTE 2 – SELEZIONE DELLE GARANZIE

**SEZIONE A - INFORTUNI e SEZIONE B – ESTENSIONE FAMIGLIA**  
*(selezionare una delle Opzioni A1, A2, ed eventualmente l'Opzione B1 qualora si vogliono estendere le coperture al Nucleo Familiare)*

	OPZIONE A1	OPZIONE A2	OPZIONE B1
<b>MORTE DA INFORTUNIO</b>	€ 120.000,00	€ 150.000,00	€ 50.000,00
<b>INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO</b>	€ 120.000,00	€ 150.000,00	€ 50.000,00
<b>INDENNITA' SPECIALE DI LICENZA</b>	€ 75.000,00	€ 75.000,00	
<b>INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO</b>	€ 20,00	€ 20,00	
<b>RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO</b>	€ 5.500,00	€ 5.500,00	€ 5.500,00
<b>FRATTURE</b>	€ 2.500,00	€ 2.500,00	€ 2.500,00
<b>USTIONI</b>		€ 10.000,00	€ 10.000,00
<b>ADATTAMENTO ABITAZIONE E MEZZO DI TRASPORTO</b>		€ 15.000,00	€ 15.000,00
<b>RIMPATRIO SALMA E SPESE FUNEBRI</b>		€ 5.000,00	€ 5.000,00
<b>SUPPORTO PSICOLOGICO</b>		€ 5.000,00	€ 5.000,00
	OPZIONE A1	OPZIONE A2	OPZIONE B1
<b>PREMIO MENSILE LORDO</b>	€ 29,50	€ 44,00	€ 19,00
<b>SELEZIONA LA TUA OPZIONE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE C – R.C. AMMINISTRATIVA /CONTABILE**
**(ESTENSIONE NON VENDIBILE AGLI APPARTENENTI AL CORPO NAZIONALE DEI VIGILI DEL FUOCO)**
*(selezionare una delle Opzioni C1, C2, C3 o C4) -*
**ATTENZIONE: la presente sezione può essere acquistata solo se sottoscritta anche un'Opzione della Sezione A**

	OPZIONE C1	OPZIONE C2	OPZIONE C3	OPZIONE C4
<b>MASSIMALE SOTTOUFFICIALI</b>	€ 250.000,00	€ 500.000,00		
<b>MASSIMALE UFFICIALI/EQUIPARATI</b>			€ 750.000,00	€ 1.000.000,00
	OPZIONE C1	OPZIONE C2	OPZIONE C3	OPZIONE C4
<b>PREMIO MENSILE LORDO</b>	€ 8,00	€ 10,50	€ 19,00	€ 30,00
<b>SELEZIONA LA TUA OPZIONE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE D – DIARIA**
**ATTENZIONE: la presente sezione può essere acquistata solo se sottoscritta anche un'Opzione della Sezione A**

	TUTTE LE	OPZIONI	
	€ 65,00		
	D1 (0-25)	D2 (26-50)	D3 (51-65)
<b>DIARIA DA RICOVERO GIORNALIERA</b>			
<b>ASSICURATO 1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSICURATO 2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSICURATO 3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSICURATO 4</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSICURATO 5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	D1	D2	D3
<b>PREMIO MENSILE LORDO</b>	€ 4,00	€ 5,50	€ 11,00

## PARTE 3 – DICHIARAZIONI

### Requisiti di accesso alle coperture

**Ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 1892 e 1893 C.C., il Proponente dichiara:**

1. di avere subito **sinistri** afferenti le coperture di cui alla **Sez. A – Infortuni, Sez. B - Estensione Famiglia e Sez. D – Diaria da ricovero** nei 3 anni precedenti. Se SI, fornire precisazioni:

.....  
 .....  
 .....

2. di non essere portatore di menomazioni fisiche, mutilazioni, postumi di malattie gravi e permanenti e non risulta affetto da alcolismo, tossico dipendenza, A.I.D.S. o sindromi collegate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, psicosi in genere;
3. di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento, e di non essere a conoscenza di fatti e/o circostanze che possano far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento nei suoi confronti, in relazione alla copertura **Sez. C - Responsabilità Civile Amministrativa e Amministrativa – Contabile** che si intende stipulare;
4. che non sono mai state annullate o rifiutate coperture assicurative di cui alla **Sez. C - Responsabilità Civile Amministrativa e Amministrativa – Contabile**.

**Il Proponente dichiara che le dichiarazioni qui contenute sono conformi a verità e che nessun fatto essenziale è stato esposto in maniera inesatta, erroneamente dichiarato o omesso volontariamente. Ogni informazione fornita dal Proponente sarà presa a fondamento del contratto assicurativo stipulato con AIG Europe Limited il Proponente si impegna a informare AIG Europe Limited in merito a qualsiasi cambiamento sostanziale di tali fatti che intervenga prima della data di decorrenza della polizza (anche ai sensi degli Artt. 1897 e 1898 C.C.).**

**Data e Luogo**

**Il Proponente**

.....

.....



**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione :**

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

- Art. 6 - Diritto di recesso
- Art. 7 – Durata e proroga della polizza
- Art. 9 - Modalità per la denuncia dei sinistri - documentazione richiesta
- Art. 13 - Cessazione del rapporto assicurativo
- Art. 15 - Controversie e arbitrato irrituale – Sezione A

**SEZIONE A – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

- Art. 21.1 – Morte da infortunio
- Art. 21.2 – invalidità permanente da infortunio
- Art. 21.9 - Criteri di indennizzo

**SEZIONE C – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA/CONTABILE**

- Art. 25 - Oggetto dell'assicurazione
- Art. 26 - Esclusioni
- Art. 27 - Inizio e termine della garanzia

**SEZIONE D – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO**

- Art. 38 - Limitazioni
- Art. 38 - Esclusioni

**Data e Luogo**

**Il Proponente**

.....

.....



<b>Sezione A – Beneficiari in caso di Morte ( solo se diversi da eredi legittimi o testamentari)</b>		
<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Dichiarazioni ai sensi del Reg. IVASS N. 34 del 19/03/2010 e N. 35 del 26/05/2010.**

Il Proponente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, copia del Fascicolo Informativo, in conformità a quanto previsto dall'art. 32 del Reg. IVASS n. 35 del 26/05/2010, costituito da:

- a) Nota Informativa , comprensiva del Glossario (all. A);
- b) Condizioni di Assicurazione - Ed. 03/12/2012 (all. B);
- c) fac – simile Proposta di Assicurazione (All. C);
- d) Informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (all. D);

Il Proponente dichiara di avere espresso altresì il consenso all'utilizzo da parte della Società di tecniche di comunicazione a distanza e riconosce la piena validità delle comunicazioni e dei documenti che la Società dovesse inviare per mezzo di tali modalità, ai fini della conclusione e dell'esecuzione del contratto, ai sensi degli Art. 21 del Reg. IVASS N. 35 del 26/05/2010 e Art. 10 del Reg. IVASS N. 34 del 19/03/2010.

**Data e Luogo:** .....

**Il Proponente:** .....

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati comuni e sensibili.**

Il Proponente, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (All. D del Fascicolo Informativo) ed aver preso visione dei diritti attribuiti dagli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE n. 679/2016 stesso, in relazione ai propri dati personali, compresi le categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 comma 1 del Regolamento UE n. 679/2016, esprime il consenso:

**Data e Luogo:** .....

**Il Proponente:** .....

- al trattamento ed alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) dell'informativa, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) dell'informativa stessa.

**Data e Luogo:** .....

**Il Proponente:** .....



## PARTE 4 – RIEPILOGO GARANZIE E CALCOLO DEL PREMIO

Si considerano in copertura solo le Sezioni selezionate e per le Opzioni riportate, come di seguito riepilogate:

	OPZIONE	PREMIO LORDO MENSILE	PREMIO LORDO ANNUO
Sez. A			
Sez. B			
Sez. C			
Sez. D			
<b>TOTALE</b>			

### DATA DI EFFETTO:

La presente polizza avrà decorrenza dalle ore 24.00 del ...../...../..... ed è **subordinata all'accettazione della presente Proposta da parte della AIG Europe Limited** In caso di rifiuto verrà trasmessa comunicazione per iscritto.

### **Dichiarazione di volontà di adesione**

Il Proponente dichiara di aver preso visione dei termini e condizioni di copertura tutti previsti nella presente Proposta di assicurazione, di aver ricevuto e compreso il Fascicolo Informativo e di voler sottoscrivere la relativa copertura, **salva l'accettazione della Società.**

Data e Luogo: .....

Il Proponente: .....

## PARTE 5 – SCHEDA DI DELEGA DI PAGAMENTO

**A** \_\_\_\_\_ (1)

**Oggetto: Istanza di delegazione di pagamento per contratto di assicurazione.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome) (cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_

provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ partita stipendiale n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

provincia di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**premesso che**

ha stipulato un contratto con \_\_\_\_\_ – di seguito Istituto delegatario – che, dal canto suo, ha compilato e sottoscritto la parte riservata della presente istanza, attestando l'esistenza di una polizza assicurativa afferente a rischi connessi, in senso lato, alla persona umana, e vista la circolare 17 gennaio 2011, n. 1/RGS, recante istruzioni in materia di trattenute mensili sugli stipendi dei dipendenti pubblici mediante delegazione di pagamento,

**chiede**

di avvalersi della delegazione di pagamento per quanto concerne il pagamento del premio assicurativo appresso specificato e, per l'effetto,

**autorizza**

la propria amministrazione e con essa l'ufficio che gestisce la propria partita stipendiale a:

- ⇒ trattenere irrevocabilmente dalle competenze mensili spettanti l'importo di euro \_\_\_\_\_
- ⇒ effettuare le trattenute nella misura suesposta, anche qualora le proprie spettanze fossero temporaneamente ridotte per qualsiasi ragione, a condizione che sia garantita la conservazione della metà dello stipendio, al netto di ritenute fiscali e previdenziali, in godimento prima della riduzione per la delegazione, escludendo comunque dal calcolo il trattamento di famiglia;
- ⇒ riprendere ad effettuare le trattenute, in caso di loro sospensione per la temporanea riduzione delle proprie spettanze, all'atto del ripristino delle spettanze stesse;

⇒ versare quanto trattenuto in esecuzione della delegazione sul conto corrente bancario/postale intestato all'Istituto delegatario ed avente le seguenti coordinate:

IBAN **IT 63A035660160000114190047**

ovvero su altro conto dell'Istituto delegatario, dietro formale richiesta dello stesso.

### PARTE RISERVATA ALL'ISTITUTO DELEGATARIO

Oggetto del contratto:

- assicurazione sulla vita;
- assicurazione infortuni, diaria da ricovero, responsabilità civile patrimoniale;
- costituzione di posizione previdenziale integrativa dell'assicurazione generale obbligatoria.

Codice Proposta/Prodotto

Scadenza *ovvero* durata

Spese complessive euro ,00  
(in cifre)

Ammontare premio su base mensile

euro ,00 euro   
(in cifre) (in lettere)

(luogo)  (data)

ISTITUTO DELEGATARIO  
TIMBRO E FIRMA

L'istante

si impegna

a comunicare tempestivamente all'Istituto delegatario ogni suo trasferimento e a conferire analogo mandato per la prosecuzione del pagamento del premio, essendo consapevole che l'Istituto delegatario potrà esperire nei propri confronti, per i pagamenti rimasti inevasi, le azioni previste dalla legge.

(firma)

Allegati <sup>(2)</sup>:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

**DICITURA DA RIPORTARE SULLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ AI FINI DELLA AUTOCERTIFICAZIONE:**



In base all'art. 21 del D.P.R. 445/2000, copia documento inerente a polizza di assicurazione stipulata con AIG Europe Limited

Luogo..... data.....

Firma del dipendente.....

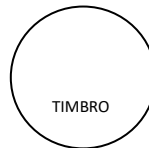
**ALTERNATIVAMENTE, IN ASSENZA DI AUTOCERTIFICAZIONE:**

**AUTENTICA DI FIRMA**

Il presente atto è stato sottoscritto in mia presenza dalla persona istante, identificata a mezzo  
..... (3)

.....  
(luogo) (data)

IL FUNZIONARIO (4)



**Istruzioni per la compilazione - Parte 7**

Il modello va redatto a stampa o compilato in stampatello, senza cancellazioni o abrasioni, in ogni sua parte, se del caso barrando il campo previsto.

La data, nei campi ove è richiesta, va inserita nel formato giorno/mese/anno (gg/mm/aaaa).

**Note**

- (1) Amministrazione di appartenenza, che dovrà trasmettere l'istanza all'ufficio ordinatore del pagamento dello stipendio, da individuarsi come appresso specificato:
  - ↳ Ufficio del personale, per i dipendenti delle Amministrazioni centrali;
  - ↳ competente Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze-DTEF e, dal 1° marzo 2011, subentrante Ragioneria Territoriale dello Stato-RTS, per i dipendenti degli uffici periferici.
- (2) Descrivere sinteticamente i documenti allegati, specificando se in originale, copia libera o copia autenticata.
- (3) Tipo ed estremi del documento di riconoscimento ovvero, ricorrendone i presupposti, indicare "conoscenza personale".
- (4) Specificare nome, cognome e qualifica, anche a mezzo stampigliatura o timbro, del funzionario che ha proceduto all'autentica della firma.





## Informativa sulla Privacy di AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia

### Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I “**Dati Personali**” identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

**Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità** - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza
- Marketing, ricerca e analisi di mercato

**Condivisione dei Dati Personali** - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inseriti in registri di richieste di indennizzo e condivisi con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri riguardanti gli indennizzi ai lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

**Trasferimento internazionale** - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferiti a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

**Sicurezza dei Dati Personali** - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

**I vostri diritti** - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

**Informativa sulla Privacy**- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

In alternativa, potete richiederne una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa 2, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: [protezionedeidati.it@aig.com](mailto:protezionedeidati.it@aig.com).



## RICEVUTA PER IL CLIENTE

Il sottoscritto dichiara di aver consegnato al Proponente copia della Proposta di Assicurazione per le coperture assicurative prestate dalla polizza "Proteggere & Servire", di cui si riepilogano di seguito le principali caratteristiche:

<b>CODICE PROPOSTA</b>	Produttore..... Proposta Num .....				
<b>NOME/COGNOME (1)</b>	Nome ..... Cognome .....				
<b>ANAGRAFICA DI BASE</b>	Nato/a il ...../...../..... a ..... Prov (.....) C.F. ....				
<b>COMPONENTI FAMILIARE (anche fiscalmente a carico) (2)</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 10%;">NUCLEO</td> <td><input type="checkbox"/> Coniuge/convivente more uxorio .....</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Età .....</td> </tr> </table>	NUCLEO	<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente more uxorio .....		<input type="checkbox"/> Età .....
NUCLEO	<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente more uxorio .....				
	<input type="checkbox"/> Età .....				
<b>COMPONENTI FAMILIARE (anche fiscalmente a carico) (3)</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 10%;">NUCLEO</td> <td><input type="checkbox"/> Figlio/a.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Età .....</td> </tr> </table>	NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....		<input type="checkbox"/> Età .....
NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....				
	<input type="checkbox"/> Età .....				
<b>COMPONENTI FAMILIARE (anche fiscalmente a carico) (4)</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 10%;">NUCLEO</td> <td><input type="checkbox"/> Figlio/a.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Età .....</td> </tr> </table>	NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....		<input type="checkbox"/> Età .....
NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....				
	<input type="checkbox"/> Età .....				
<b>COMPONENTI FAMILIARE (anche fiscalmente a carico) (5)</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 10%;">NUCLEO</td> <td><input type="checkbox"/> Figlio/a.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Età .....</td> </tr> </table>	NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....		<input type="checkbox"/> Età .....
NUCLEO	<input type="checkbox"/> Figlio/a.....				
	<input type="checkbox"/> Età .....				

### RIEPILOGO GARANZIE SELEZIONATE E CALCOLO DEL PREMIO

	OPZIONE	PREMIO LORDO MENSILE	PREMIO LORDO ANNUO
Sez. A			
Sez. B			
Sez. C			
Sez. D			
TOTALE			

### DATA DI EFFETTO:

La polizza avrà decorrenza dalle ore 24.00 del ...../...../..... ***ed è subordinata all'accettazione della presente Proposta da parte della AIG Europe Limited*** in caso di rifiuto verrà trasmessa comunicazione per iscritto.

Data e luogo: ..... L'Intermediario (per ricevuta): .....

Info di contatto: **Cardelicchio Assicurazioni Sas, Via Boncompagni, 93 – 00187 Roma**  
**Tel.: 06 – 42020880**  
**Email: info@cardelicchioassicurazioni.com**  
**Sito Web: www.cardelicchioassicurazioni.com**