

Modulo di dichiarazione dello *status* di lavoratore**Da inviare a:**Spett. **Alleanza Assicurazioni S.p.A.**

Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano V.to (TV)

c.a. Ufficio Portafoglio / Previdenza**POLIZZA/E N°** _____**Dati dell'aderente**

COGNOME

NOME

SESSO

☐ F ☐ M

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITA'

CAP

PROV

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITA'

CAP

PROV

Indicare di seguito l'attuale *status* di lavoratore:

(barrare con una x una delle tre opzioni)

☐

Lavoratore dipendente del settore privato

☐

Lavoratore dipendente del settore pubblico

☐

Lavoratore autonomo e libero professionista

Data e luogo _____ Firma aderente _____

Il presente modulo deve essere restituito, debitamente compilato e firmato, all'indirizzo sopra riportato.

BG VITA è un marchio commerciale di Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano



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 - 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. - Pec: bgvita@pec.bgvita.it -
bgvita@bgvita.it - www.bgvita.it