



Amissima Vita S.p.A. Fondata nel 1971 - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa e Socio Unico Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Mura di Santa Chiara 1, 16128 Genova, Italia T+39 010 54981 F+39 010 5498518 Capitale Sociale Euro 50.431.778,28 i.v. Registro delle Imprese di Genova CF 01739640157 PI 03723300103 REA GE 373333 - Albo Imprese Ivass 1.00039 Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 14.03.73 (G.U. del 19.04.73 n. 103) amissimavita@pec.amissima.it - www.amissimagruppo.it

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. XXXXXXXX
CARIGE DOMANI MUTUO VITA - TARIFFA VITA XXXXXXXX

POLIZZA COLLETTIVA: VITA N° XXXXXXXX

La presente proposta è emessa in base alla convenzione n° XXXXXXXX di cui è Contraente XXXXXXXX

Intermediario: XXXXXXXX (Fil. XXXXXXXX)

Aderente/Assicurando: XXXXXXXX XXXXXXXX

Nato/a a XXXXXXXX (XXXXXXX)

Documento di riconoscimento: XXXXXXXX XXXXXXXX

rilasciato il XXXXXXXX

Posizione Lavorativa: XXXXXXXX

Sesso: XXXXXXXX C.F.: XXXXXXXX

il XXXXXXXX

a XXXXXXXX (XXXXXXX)

data assunzione: XXXXXXXX

BENEFICIARI:

La designazione dei beneficiari sarà effettuata nella Scheda di Adesione.

Durata contratto Vita: XXXXXXXX ANNI

Capitale assicurato Vita: Euro XXXXXXXX

Conto Corrente di addebito: XXXXXXXX

A norma dell'art. 2952 comma II c.c. gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Data di emissione: XXXXXXXX

OPER: XXXXXXXX

BANCA CARIGE S.p.A

Cassa di Risparmio di Genova e Imperia

ATTESTAZIONE DI AUTENTICITA' DELLE FIRME - Il sottoscritto incaricato della Banca Intermediaria:

- attesta l'autenticità delle firme apposte sul presente modello e la corretta identificazione dell'Assicurando;
- dichiara di aver consegnato l'originale della Proposta di Assicurazione all'Assicurando.

Timbro e firma dell'incaricato della Banca _____

Il Sottoscritto Assicurando dichiara che gli sono state consegnate la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione e il Glossario riferite alle forme assicurative indicate in Convenzione.

L'Assicurando _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI

L'Assicurando, dopo aver esaminato attentamente le informative fornite dalle Società ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso

per Amissima Vita S.p.A.

☒ dà il consenso ☐ nega il consenso

al trattamento dei dati sensibili, alla loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) delle informative, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 delle informative, per adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, e dalla normativa comunitaria, a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo, nonché in relazione a specifiche operazioni, prodotti e servizi richiesti, e fermo restando che le Società utilizzeranno tali dati "sensibili" strettamente ed esclusivamente nella misura indispensabile per poter eseguire quanto richiesto.

per Amissima Vita S.p.A.

☒ dà il consenso ☐ nega il consenso

al trattamento dei dati comuni, alla loro comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) delle informative, al loro trasferimento all'estero al fine di gestire gli adempimenti connessi alle operazioni e ai servizi richiesti (finalità di cui al punto 2, lettera A. e B., delle informative stesse).

per Amissima Vita S.p.A.

☐ dà il consenso ☐ nega il consenso

al trattamento e alla comunicazione dei dati comuni ai soggetti indicati al punto 4 lettera c) delle informative, per finalità di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti (finalità di cui al punto 2 lettera C delle informative stesse)

L'Assicurando _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO (rispondere ad ogni domanda con SI o NO)	
Cognome e Nome: XXXXXXXX XXXXXXXX Altezza: XXXXXXXX cm Peso: XXXXXXXX Kg Professione: XXXXXXXX Professione Specifica: XXXXXXXX Sport Praticato: XXXXXXXX	
1.	Soffre, ha sofferto, ha ricevuto cure o si è sottoposto a terapia per una malattia dell'apparato digerente, cardiovascolare, respiratorio, del sistema nervoso, dell'apparato uro-genitale, di una malattia delle ghiandole a secrezione interna o metabolica, neuropsichica, delle ossa e delle articolazioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
2.	Ha subito negli ultimi 5 anni o deve subire un intervento chirurgico diverso da appendicectomia, adenotonsillectomia, emorroidectomia, ernia inguinale/ombelicale, rimozione di cisti sebacee, tonsillectomia, fistola anale, circoncisione, sterilizzazione, varici, varicocele, idrocele, legatura tube o frattura di arti? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
3.	La Sua attività extra-professionale rientra tra quelle di seguito elencate: acrobata trapezista, artista controfigura, pilota/allievo pilota aviazione civile, collaudatore di auto o motoveicoli, guida alpina, addetto alla pubblica sicurezza, addetto alla Protezione Civile, speleologo? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
4.	Fuma più di 20 sigarette al giorno e/o fa uso di stupefacenti/allucinogeni e/o abusa di alcoolici ? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

Il sottoscritto Aderente/Assicurando del contratto che verrà emesso in base alla presente Proposta di Assicurazione fornisce le seguenti dichiarazioni:

- 1 Propone l'assicurazione dopo aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione e della Convenzione in base alle quali verrà emessa la Scheda di Adesione alla polizza collettiva.
- 2 Riconosce che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.
- 3 E' a conoscenza che la Proposta di Assicurazione deve servire di base all'emittendo contratto e che ne è parte integrante. La Società si riserva comunque di richiedere ulteriore documentazione e di accettare o meno il rischio, applicando eventuali sovrappremi in relazione alle dichiarazioni fornite.
- 4 **E' a conoscenza che la Società, in relazione alla copertura assicurativa desiderata, ha diritto di richiedere idonea documentazione sanitaria tra cui visita medica effettuata da un Medico, che eserciti Medicina Generale con un'esperienza almeno di cinque anni. Il costo della documentazione sanitaria e della visita medica è a totale carico dell'Assicurando.**
- 5 A parziale deroga di quanto previsto agli artt. 3 e 4, è consapevole che la Società non richiederà ulteriore documentazione, anche sanitaria e accetterà il rischio senza applicare sovrappremi solo al ricorrere di tutte le seguenti condizioni: I) risposta negativa a tutte le domande del questionario anamnestico II) capitale da assicurare pari o inferiore a euro 200.000,00.
- 6 Attesta, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nella presente Proposta di Assicurazione, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete, che non è stata taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate e si assume ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri.
- 7 Attesta, ad ogni effetto di legge, **di essere consapevole che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative alle informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave" e 1893 C.C. "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e che la Società ha facoltà di:**
 - contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione;
 - non prestare alcuna garanzia assicurativa e rifiutare, in ogni tempo, qualsiasi pagamento.
- 8 Proscioglie dal segreto professionale e legale tutti i medici che lo abbiano visitato o curato e tutte le altre persone cui la Società ritenesse necessario, in qualsiasi momento, rivolgersi per avere notizie e acconsente che le stesse siano divulgate dalla Società ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.
- 9 E' a conoscenza che le garanzie assicurative decorreranno dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio previsto, oppure dal giorno di effetto stabilito, se successivo alla data di pagamento.
- 10 Dichiaro di essere consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tale sede e che i dati riportati nella presente proposta di assicurazione corrispondono al vero.

L'Assicurando _____