

## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N.

**Agenzia:**

### Contraente

Cognome (del Contraente o del Legale Rappresentante)		Nome	
Data di nascita	Località di nascita	Provincia di nascita	
Sesso	Professione	Attività economica	
Indirizzo	Località	CAP	Provincia
Codice Fiscale	Attività economica	ABI MKT	CAB MKT
Doc. Ric.	Numero Doc.	Data di rilascio	Località

### NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE SIA UN'IMPRESA

Ragione Sociale		Codice Fiscale	
Sede (Via e N. Civico)	CAP	Località	Prov.

### Assicurando

Cognome		Nome	
Data di nascita	Località di nascita	Provincia di nascita	
Sesso	Professione	Codice	

### Beneficiari

In caso di vita:

In caso di morte:

### Dati Tecnici

Decorrenza della polizza	Data della polizza	Scadenza della polizza	Durata pagamento premi
Frazionamento			

### Prestazioni

Premio lordo unico al perfezionamento  
(comprensivo di diritti eventuali sovrappremi, interessi di frazionamento,  
garanzie complementari e imposte)

Euro

Capitale assicurato

Euro

Emessa in due esemplari ad un solo effetto il

I Sottoscritti, Contraente ed Assicurando del contratto che verrà emesso in base alla presente proposta forniscono le seguenti dichiarazioni.

1. Propongono l'assicurazione dopo aver preso visione del Progetto Esemplificativo personalizzato ed aver approvato specificatamente le Condizioni di Assicurazione che sono state loro consegnate.
2. Riconoscono che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società.
3. Sono a conoscenza che la proposta 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 la stipula del contratto.
4. Prosciogliono dal segreto professionale e legale tutte le persone cui la Società ritenesse necessario, in qualsiasi momento, rivolgersi per avere notizie e acconsentono che le stesse siano divulgate dalla Società ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.
5. Sono a conoscenza che le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso, oppure, dalle ore 24 del giorno di effetto stabilito, se successivo alla data di conclusione. Qualora il contratto definitivo non fosse emesso, il premio versato verrebbe restituito interamente.
6. Dichiarano di essere consapevoli della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tale sede e che i dati riportati nella presente proposta di assicurazione corrispondono al vero.

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurando \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre che gli sono state consegnate la Scheda Sintetica, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione ( comprensive del Regolamento delle Gestione Separata ) ed il Glossario riferite alla forma assicurativa prescelta.**

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurando \_\_\_\_\_

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

I versamenti possono essere eseguiti con le seguenti modalità di pagamento:

- bonifico bancario a favore AMISSIMA VITA S.p.A. o a favore dell'Agente di AMISSIMA VITA S.p.A., espressamente in tale qualità ;
- assegno circolare non trasferibile intestato a AMISSIMA VITA S.p.A. o intestato all'Agente di AMISSIMA VITA S.p.A., espressamente in tale qualità;
- tutte le altre forme di pagamento previste dalla Società e comunicate all'intermediario, il quale è tenuto ad esporre in Agenzia apposito avviso alla clientela.

**Attenzione: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'impresa, ovvero all'agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Società è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.**

E' comunque fatto divieto all'intermediario di AMISSIMA VITA S.p.A. di ricevere denaro in contante a titolo di pagamento del premio.

Non è, inoltre, consentito all'intermediario di incassare su proposta. Il premio dovrà essere corrisposto unicamente al momento della conclusione del contratto.

Il Contraente si impegna ad accettare il contratto ed a corrispondere la prima annualità di premio (art. 1924 Codice Civile), riconoscendo che il contratto entrerà in vigore secondo quanto previsto dallo specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione.

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificamente le clausole della Condizioni di Assicurazione relative a: - Diritto di recesso – Mancato pagamento del premio e riattivazione – Rischi assicurati e limitazioni Riduzione e Riscatto e, quando ricorrono, le Condizioni Complementari.

Il Contraente \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI

Il Contraente e l'Assicurando, dopo aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del D. Lg

196/2003 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dall'art. 7 del Decreto Legislativo stesso, in relazione ai propri dati personali comuni e "sensibili" esprimono il consenso:

- al trattamento, alla comunicazione ai soggetti indicati al punto 4 lettere a) e b) dell'informativa, al trasferimento verso i Paesi indicati al punto 6 dell'informativa, **in relazione alla finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.**

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurando (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

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

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Assicurando (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

## ATTESTAZIONE DI AUTENTICITA' DELLE FIRME

Attesto l'autenticità delle firme apposte sul presente modello e la corretta identificazione del Contraente.  
Dichiaro di aver consegnato l'originale del Fascicolo Informativo, comprensivo della proposta, al Contraente.

Data: \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato alla riscossione \_\_\_\_\_

## DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente ai sensi dell'art. 177 del D.Lgs 209/2005, può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

**AMISSIMA VITA S.p.A. - Ufficio Gestione Portafoglio - Via Gabriele D'Annunzio, 41 - 16121 GENOVA GE**

Il contratto si intende concluso nel giorno in cui il Contraente, pagato il relativo premio, ha sottoscritto la proposta/polizza.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale d'invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

INFORMAZIONI AGGIORNATE AL 01/05/2017

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

FAACSIMILE