

# MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

(da compilare in stampatello leggibile)

Spett.le Amissima Vita  
Ufficio Gestione Portafoglio  
Mura di Santa Chiara, 1  
16128 – Genova  
Indirizzo email: [portafoglio.agenzie@amissima.it](mailto:portafoglio.agenzie@amissima.it)  
Posta certificata: [dtvita.portafoglio@pec.amissima.it](mailto:dtvita.portafoglio@pec.amissima.it)

**Il sottoscritto/a:** .....

**Indirizzo:** .....

**Num. tel.** ...../..... **E-mail** .....

**Cap:** ..... **Città:** ..... **Prov.:** .....

**Codice Fiscale:** .....

Allega copia fronte e retro di un documento in corso di validità e chiede di conoscere se Amissima Vita:

- ha devoluto al Fondo Dormienti (Fondo previsto dal comma 343 dell'art. 1 della L.266/2005) importi prescritti derivanti dalla scadenza contrattuale o dal sinistro su polizze vita di cui lo scrivente risultasse contraente o beneficiario.
- ha in portafoglio importi non ancora prescritti derivanti dalla scadenza contrattuale o dal sinistro su polizze vita di cui lo scrivente risultasse contraente o beneficiario.

Fornisce inoltre le seguenti informazioni utili per la ricerca:

**Numero di polizza:** .....

**Data di emissione polizza o decorrenza:** .....

**Data di scadenza:** .....

**Persona deceduta supposta contraente e/o assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita/cod.fiscale):**

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

**Data in cui è avvenuto il decesso del potenziale assicurato:** .....

**Recapito presso il quale inviare risposta alla richiesta (se diverso da quello suindicato):**

.....

Si unisce alla presente il consenso per il trattamento dei dati personali, espresso ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e apposto sull'accluso modulo di informativa.

Distinti saluti.

Luogo e data .....

Firma: .....

## INFORMATIVA “PRIVACY”

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, informiamo che i dati personali - comuni ed eventualmente appartenenti a categorie particolari - forniti compilando il “Modulo di richiesta per ricerca polizze dormienti” vengono trattati da Amissima Vita, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente al fine di fornire all’Utenza il servizio di individuazione, nel proprio portafoglio, dell’eventuale esistenza di coperture assicurative vita che possano riguardare il richiedente nei limiti indicati nel predetto “Modulo” (assicurazioni vita dormienti o potenzialmente dormienti in cui il richiedente sia contraente o beneficiario).

I suddetti dati sono trattati da dipendenti di Amissima Vita, appositamente incaricati, utilizzando modalità e procedure informatiche e/o manuali e applicando le misure di sicurezza appropriate in conformità al suddetto Regolamento Europeo 679/2016.

I dati saranno trattati per svolgere la ricerca richiesta; possono inoltre essere comunicati a soggetti terzi per motivi istituzionali (Autorità giudiziaria, Forze dell’ordine, Autorità di vigilanza). I dati non formano oggetto di diffusione.

I dati vengono conservati, per un tempo limitato, solo a fini di documentazione del servizio reso e a fini statistici.

La fornitura dei dati indicati nel “Modulo di richiesta” del predetto servizio è facoltativa, ma ovviamente è condizione per poter avviare la ricerca e ricevere le informazioni desiderate.

Il richiedente può esercitare i diritti di cui alla vigente normativa in materia di privacy (conoscenza, aggiornamento, integrazione, rettificazione, blocco, limitazione del trattamento, cancellazione dei dati personali, diritto di proporre reclamo), nonché ottenere informazioni più dettagliate, rivolgendosi al Responsabile Generale del Trattamento dei Dati di Amissima Vita, c/o Ufficio Legale, viale Certosa, 222 – 20156 Milano (fax: 02-3076.2286; e-mail: [ufficio.legale@amissima.it](mailto:ufficio.legale@amissima.it) – PEC: [legale.vita@pec.amissima.it](mailto:legale.vita@pec.amissima.it) ) e al Responsabile della protezione dei dati, contattabile al seguente recapito [DPO@amissima.it](mailto:DPO@amissima.it).

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l’informativa che precede, consento al trattamento dei dati personali – comuni ed eventualmente appartenenti a categorie particolari, necessari alla ricerca di polizze vita dormienti o potenzialmente dormienti – da parte di Amissima Vita, per le finalità e con le modalità che sono state rappresentate nell’informativa stessa.

Sono consapevole che, in difetto di consenso, Amissima Vita non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che mi sono note.

Luogo e data: .....

Cognome e nome del richiedente

Firma del richiedente

.....

.....