



Polizza Vita

Cessione del quinto dello stipendio (CQS)
e della pensione (CQP)

POLIZZA N. 4644 STIPULATA TRA
FIDITALIA S.p.A. (*Contraente*)
AXA FRANCE VIE (*Impresa/Compagnia di Assicurazione*)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il presente documento contiene altresì i facsimili del Modulo di Rilevazione Dati da compilare a cura della Persona Assicurata (Cedente/Delegante), nonché la Nota Informativa Privacy.

Avvertenza – La Persona Assicurata (Cedente/Delegante) ha diritto di ricevere copia delle Condizioni di Assicurazione.

Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva a premio unico anticipato e a capitale decrescente, connessa a prestiti personali rimborsabili mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio o cessione di quote di pensione

5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi? SI NO
6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità? SI NO
7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in kilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120? SI NO

DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Recapito Telefonico _____

IL CEDENTE/DELEGANTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____/____/____

Data ____/____/____ Firma (per esteso e ben leggibile) _____



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

AXA FRANCE VIE iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso il 20 febbraio 2006 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00022.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE VIE - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- Dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);



- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- a. l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b. la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 - i. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma;*
 - ii. e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
 - iii. fax al numero: *06/696773785*.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.



QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO
POLIZZA N° 4644

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A IL: _____

AVVERTENZA SULLE MODALITA' DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO ALLA COMPAGNIA

Il presente Questionario Anamnestico Completo potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- per il tramite della Contraente
ovvero
- direttamente dal Cedente/Delegante, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico Completo deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente al Modulo di Rilevazione Dati compilato e sottoscritto dal Cedente/Delegante in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.

AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico Completo, si avverte di quanto segue:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Delegante nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- prima della sottoscrizione del questionario, il Cedente/Delegante è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese
- la Compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

Altezza: cm Peso: kg Differenza (Altezza - Peso):		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? Per quale motivo?
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? Da quando?
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando?
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>

MODULO DI RILEVAZIONE DATI
CQP



Modulo Rilevazione Dati (PENSIONATI)

Polizza n. 4644 stipulata da FIDITALIA S.p.A. con l'Impresa AXA FRANCE VIE S.A.
Copertura Assicurativa Caso Morte
abbinata a prestiti rimborsabili mediante Cessione del Quinto della Pensione

Contraente e Beneficiario

Contraente	FIDITALIA S.p.A.
Beneficiario della prestazione	

Dati anagrafici del Cedente (Persona Assicurata)

Nome e Cognome	Codice fiscale	
Data di nascita	Comune di nascita	
Comune di residenza	CAP	Prov.
Indirizzo di residenza		
Telefono 1	Telefono 2 di un familiare (opzionale)	
Tipo documento	Rilasciato da	
Nr. documento	Rilasciato il	Scadenza il

Dati del Finanziamento

Pratica n.	Durata in mesi	
Decorrenza	Scadenza	
Montante Lordo €	Rata Mensile €	TAN

Consenso alla Stipula dell'Assicurazione sulla Vita

Il sottoscritto Cedente, avendo chiesto alla Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione di quote di pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'artt.1269 e 1723 Il comma del Codice Civile:

- dà il proprio consenso alla Contraente, ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita l'assicurazione (caso morte) oggetto della Polizza stipulata tra la Contraente e AXA France Vie di cui in epigrafe;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXA France Vie riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Data	Firma del Cedente
------	-------------------

Conferma di ricezione delle Condizioni di Assicurazione

AVVERTENZA – Il Cedente ha diritto di richiedere le condizioni di assicurazione

Il sottoscritto Cedente conferma di avere ricevuto dalla Contraente, in formato cartaceo, le Condizioni di Assicurazione (inclusive del Glossario) della Polizza.

Data	Firma del Cedente
------	-------------------

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa;
- b) Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute del Cedente, che devono corrispondere a verità ed esattezza;
- c) il Cedente può in ogni caso chiedere di essere sottoposto a visita medica, con evidenza del costo a suo carico.

DICHIARAZIONE SULLA NON SUSSISTENZA DI UNO STATO DI INVALIDITA' E SULLA NON TITOLARITA' DI UNA PENSIONE DI INVALIDITA' O INABILITA'

Il sottoscritto Cedente dichiara di:

- a) **NON essere** invalido, e di
- b) **NON essere** titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità, né di avere presentato domanda per ottenerla

Data

Firma del Cedente

MODALITA' DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

L'Impresa di assicurazione valuta ed eventualmente assume il rischio con le seguenti modalità:

1. **INTERVISTA MEDICA TELEFONICA** - L'Impresa raccoglierà dal Cedente le informazioni sul suo stato di salute ed abitudini di vita mediante Intervista Medica Telefonica. L'impresa contatterà il Cedente al numero telefonico sotto indicato, in un giorno ferialo, nella fascia oraria di seguito indicata come preferita.



Numero Telefonico _____

Fascia oraria preferita (*barrare una casella*):

MATTINA POMERIGGIO/SERA INDIFFERENTE

2. **DOCUMENTAZIONE MEDICA** - Se il Cedente NON sottoscrive la sopra indicata "Dichiarazione sulla non sussistenza di uno stato di invalidità e sulla non titolarità di una pensione di invalidità o inabilità", dovrà altresì presentare la seguente documentazione a supporto dell'Intervista Medica Telefonica:

- **Certificato o Verbale di Prima Istanza d'Invalidità/Inabilità;**
- **Modello OBIS/M**

Il sottoscritto Cedente **presta il consenso** ad essere contattato telefonicamente dall'Impresa, al numero telefonico sopra indicato, ai fini dell'esecuzione della Intervista Medica Telefonica

Data

Firma del Cedente

Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili

Io sottoscritto Cedente, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia titolare del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), allegata al presente Modulo di Rilevazione Dati, della quale confermo ricezione:

(barrare una casella)

presto il consenso **nego il consenso**

al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, sia nel presente modulo che nel corso della Intervista Medica Telefonica, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione.

Avvertenza - In caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale assicurativo

Data	Firma del Cedente
------	-------------------



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

AXA FRANCE VIE iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso il 20 febbraio 2006 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00022.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE VIE - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati per le finalità di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari

per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

L'Intervista Medica Telefonica viene effettuata dal titolare del trattamento avvalendosi di medici specializzati della società ADVANCE MEDICAL - HEALTH CARE MANAGEMENT SERVICES S.A.. (con sede a Barcellona, Via Augusta 252-260), che agisce come responsabile del trattamento. Tutte le telefonate effettuate saranno registrate, previo consenso dell'interessato.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- l'accesso ai dati personali che lo riguardano (incluso il diritto di richiedere di ottenere i file audio della registrazione delle telefonate relative alla Intervista Medica Telefonica)
- la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 - raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma;*
 - e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
 - fax al numero: *06/696773785*.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.