

Contratto di assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte per gli iscritti alla FIRST CISL, CISL MARCHE, CDLS, RSM e loro coniugi o conviventi more uxorio.

8581 FIRST CISL MARCHE

Anteriormente alla sottoscrizione del presente Modulo di adesione deve essere consegnato all'Assicurato il Set informativo composto dal DIP Vita, dal DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di assicurazione comprensive di glossario e dal Modulo di adesione.

MODULO DI ADESIONE

8581 FIRST CISL MARCHE

CONVENZIONE N.8581/P

CONTRAENTE (Persona Fisica, Persona Giuridica o Ente)

CONTRAENTE

FIRST CISL MARCHE

ASSICURATO

Il Sottoscritto

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE (sempre richiesto)

____/____/____
DATA DI NASCITA M F
SESSO¹_____
COMUNE DI NASCITA_____
PROV._____
STATO DI NASCITA_____
INDIRIZZO DI RESIDENZA

N.

CAP_____
COMUNE DI RESIDENZA_____
PROV._____
NUMERO DI TELEFONO_____
INDIRIZZO E-MAIL_____
TIPO DOCUMENTO²_____
N. DOCUMENTO_____
RILASCIATO DA____/____/____
IN DATA

- iscritto First/Cisl coniuge iscritto First/Cisl convivente more uxorio di iscritto First/Cisl
- iscritto Cisl/Marche coniuge iscritto Cisl/Marche convivente more uxorio di iscritto Cisl/Marche
- iscritto Cdls/Rsm coniuge iscritto Cdls/Rsm convivente more uxorio di iscritto Cdls/Rsm

Se non iscritto a First/Cisl indicare categoria di iscrizione a Cdls/Rsm _____

DICHARA

di voler aderire alla "assicurazione collettiva vita facoltativa caso morte ad adesione individuale", secondo le condizioni previste dalla Convenzione n. 8581/P stipulata tra FIRST CISL MARCHE e Allianz S.p.A.

CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE

- 50.000 euro 100.000 euro 150.000 euro 200.000 euro 250.000 euro

con DECORRENZA

____/____/____
DATA

PREMIO ANNUO (euro)

IMPORTO DEL PREMIO PAGATO TRAMITE BONIFICO (euro) _____

Se coniuge/convivente di iscritto a First/Cisl o Cisl/Marche o Cdls/Rsm indicare di seguito i dati dell'iscritto

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE (sempre richiesto)

____/____/____
DATA DI NASCITA M F
SESSO¹_____
COMUNE DI NASCITA_____
PROV._____
STATO DI NASCITA

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA dell'Assicurato (se diverso da residenza)

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA

N.

CAP_____
COMUNE DI CORRISPONDENZA_____
PROV.STATO ITALIA ESTERO

(specificare)

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato riportare i dati dei Beneficiari designati nominativamente di seguito.

1° Beneficiario³ _____% _____
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE DATA DI NASCITA

M F _____
 SESSO¹ COMUNE DI NASCITA PARTITA IVA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV. NAZIONE

Codice tipologia societaria _____ (Legenda – tabella D) Descrizione attività societaria _____

Se tipologia societaria "Non profit/struttura analoga" (cod. 10), indicare "Classe dei beneficiari" _____

- È una persona politicamente esposta⁴ (PEP) Codice relazione tra il Beneficiario nominato e Assicurato/Aderente: _____ (Legenda - tabella A)
- NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 17), dettagliare la relazione: _____
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁵ è PEP)

- Se è PEP indicare:
- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
 - Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (Legenda - tabella B)
 - Codice tipologia PEP: _____ (Legenda - tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

2° Beneficiario³ _____% _____
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE DATA DI NASCITA

M F _____
 SESSO¹ COMUNE DI NASCITA PARTITA IVA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV. NAZIONE

Codice tipologia societaria _____ (Legenda – tabella D) Descrizione attività societaria _____

Se tipologia societaria "Non profit/struttura analoga" (cod. 10), indicare "Classe dei beneficiari" _____

- È una persona politicamente esposta⁴ (PEP) Codice relazione tra il Beneficiario nominato e Assicurato/Aderente: _____ (Legenda - tabella A)
- NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 17), dettagliare la relazione: _____
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁵ è PEP)

- Se è PEP indicare:
- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
 - Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (Legenda - tabella B)
 - Codice tipologia PEP: _____ (Legenda - tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

3° Beneficiario³ _____% _____
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE DATA DI NASCITA

M F _____
 SESSO¹ COMUNE DI NASCITA PARTITA IVA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV. NAZIONE

Codice tipologia societaria _____ (Legenda – tabella D) Descrizione attività societaria _____

Se tipologia societaria "Non profit/struttura analoga" (cod. 10), indicare "Classe dei beneficiari" _____

- È una persona politicamente esposta⁴ (PEP) Codice relazione tra il Beneficiario nominato e Assicurato/Aderente: _____ (Legenda - tabella A)
- NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 17), dettagliare la relazione: _____
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo⁵ è PEP)

- Se è PEP indicare:
- Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: _____
 - Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: _____ (Legenda - tabella B)
 - Codice tipologia PEP: _____ (Legenda - tabella C)

(se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi di cui sopra (designazione nominativa dei beneficiari), la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari.

In aggiunta o in alternativa scegliere tra i beneficiari generici richiamati in legenda⁶ e riportare la lettera corrispondente nello spazio sotto riportato.

Beneficiario generico _____% _____
 Lettera

Riportare l'indicazione della percentuale per ciascuna designazione beneficiaria fino al raggiungimento del 100%.

Avvertenza: la modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata alla Società.

I beneficiari in caso di morte sono i soggetti formalmente designati dall'Assicurato. In mancanza di designazione dell'Assicurato il beneficio delle prestazioni assicurate spetta agli eredi legittimi dell'Assicurato stesso.

REFERENTE TERZO (facoltativo)

L'Assicurato ha manifestato esigenze specifiche di riservatezza e ha nominato il seguente referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui la Società può far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE _____ CODICE FISCALE/PARTITA IVA _____ / / _____
 DATA DI NASCITA _____
 [M] [F] _____
 SESSO¹ COMUNE DI NASCITA _____ INDIRIZZO E-MAIL _____
 INDIRIZZO DI RESIDENZA _____ N. _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

COMUNICAZIONI AI BENEFICIARI (se designati nominativamente)

L'Assicurato consente esclude l'invio di comunicazioni ai beneficiari designati nominativamente prima dell'evento.

PREMI e COSTI

PREMI

L'Assicurato si impegna a corrispondere alla Società i premi monoannuali relativi alle singole coperture assicurative in via anticipata e per tutta la durata della Convenzione stessa.

L'entità del premio per ciascun Assicurato viene determinata alla data di decorrenza di ogni copertura assicurativa sulla base dei valori indicati nella tabella riportata all'Allegato 1 del Modulo di adesione, in funzione dell'età computabile dell'Assicurato (ricalcolata ad ogni rinnovo), del sesso e del capitale da assicurare.

L'età computabile si esprime in anni interi e corrisponde all'età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, e all'età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno.

COSTI

Spese di emissione per ciascuna posizione assicurata euro	0,52 euro
Costi gravanti sul premio a carico dell'assicurato	29,35%

MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

I premi dovranno essere pagati dall'Assicurato tramite bonifico bancario intestato all'agenzia Allianz "Moschini Pierotti & Pratesi Srl" di Forlì.

DECORRENZA e DURATA

Per ciascun Assicurato l'adesione al contratto si realizza mediante la sottoscrizione del "Modulo di adesione".

Il piano assicurativo è costituito da una sequenza di coperture di durata monoannuale. Ogni copertura, costituita dietro versamento di un premio. Per ciascun Assicurato che aderisce alla Convenzione la durata del piano è pari al tempo che intercorre tra la data di decorrenza della prima copertura assicurativa e la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di possedere i requisiti di partecipazione alla Convenzione e comunque alla data di scadenza della Convenzione stessa fissata alle ore zero dello 01/12/2023.

La decorrenza della copertura assicurativa per ciascun Assicurato, anche in relazione ad eventuali aumenti del capitale assicurato, avviene alle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di accredito del premio a favore della Società (data di valuta beneficiario del bonifico). Qualora tale data non coincidesse con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la durata della copertura assicurativa è pari ai giorni intercorrenti tra la decorrenza e la successiva data di rinnovo.

DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di adesione alla Convenzione o da quella di un suo rinnovo.

Per l'esercizio del diritto di recesso l'Assicurato deve inviare comunicazione scritta alla Società, con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Collettive - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano, contenente gli elementi identificativi del contratto, e gli estremi del conto corrente bancario sul quale dovrà essere effettuato il rimborso del premio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà all'Assicurato il premio da questi corrisposto trattenendo la parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto.

PRIVACY

I soggetti interessati al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Impresa, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, consegnata a loro mani in occasione della sottoscrizione del presente Modulo di adesione, consapevoli che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsentono al trattamento dei propri dati per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

 LUOGO E DATA

 FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)

 FIRMA DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

RIEPILOGO DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del cliente è condizione indispensabile perché l'Impresa e i suoi distributori possano individuare il prodotto che meglio soddisfa le Sue necessità.

Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione al presente report, confermando i dati da lei già forniti nel corso del flusso assuntivo e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.

Il Personale qualificato dell'Impresa di assicurazione è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.

È importante che le informazioni e i dati di seguito riepilogati siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.

In assenza di informazioni complete, non saremo in condizione di servirla al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporre.

Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.

Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C.

Bisogno Assicurativo

L'Assicurato dichiara di voler garantire a uno o più soggetti (quali parenti o altre persone care) una tutela economica in forma di indennizzo in caso di decesso.

Le rammentiamo che la proposta che Le sarà formulata si baserà sulle informazioni da Lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Assicurato dichiara:

- che è stato consegnato a sue mani il Set informativo edizione settembre 2021 del prodotto 8581 FIRST CISL MARCHE composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita), dalle Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dal Modulo di adesione, e di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, per prendere visione e comprendere i contenuti dei documenti che compongono il Set informativo;
- di prendere atto che la copertura assicurativa è condizionata dall'iscrizione a First/Cisl o Cisl/Marche o Cdls/Rsm, dall'avvenuto pagamento del premio dovuto e dalla produzione della eventuale documentazione sanitaria;
- di prendere atto che l'Impresa, a seguito della verifica della documentazione sanitaria, laddove richiesta, si riserva di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e di rifiutare il rischio o di accettarlo applicando un sovrappremio;
- di aver preso atto che i beneficiari in caso di morte previsti dalle Condizioni di assicurazione sono i soggetti formalmente designati dall'Assicurato. In mancanza di designazione dell'Assicurato il beneficio delle prestazioni assicurate spetta agli eredi legittimi dell'Assicurato stesso;
- di aver ricevuto l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, che si impegna a fornire a ciascun beneficiario designato nominativamente e all'eventuale referente terzo;
- che lo stato di PEP (Persona Esposta Politicamente) del beneficiario e la propria relazione con il beneficiario stesso corrispondono a quanto indicato nella sezione "Beneficiari in caso di decesso" della presente proposta;
- di essere stato informato dall'Intermediario che il prodotto sottoscritto con il presente modulo di adesione è adeguato rispetto alle esigenze assicurative manifestate;
- di dare il consenso all'assicurazione sulla mia vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alle condizioni tutte previste dalla Convenzione 8581/P;
- di avere, in qualità di Assicurato ed ai sensi del Regolamento IVASS 5/2014, la qualifica di "titolare effettivo" della polizza, e quindi di dover fornire al Contraente, al momento dell'adesione, copia di un documento di identità in corso di validità nonché successivamente in caso di scadenza dello stesso.

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

- Art.8 Esclusioni, carenza e limitazioni della copertura in caso di decesso.

LUOGO E DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

LEGENDA (Note alla compilazione del presente Modulo di adesione)

1 Sesso: M MASCHIO F FEMMINA

2 Tipo documento: 1 CARTA D'IDENTITÀ 2 PATENTE DI GUIDA 3 PASSAPORTO

3 Nei seguenti casi occorre compilare per il beneficiario designato nominativamente anche l'apposito modulo di Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica oppure di soggetto Persona Giuridica: Beneficio accettato irrevocabile, Nazione residenza o sede legale estera, soggetto PEP, Tipologia societaria = Fiduciaria o Trust (cod. 07, 12), Legame "Altro" (cod. 17) con il contraente, casistiche particolari che comportano un aumento del rischio.

4 Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami.

1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono: vedi elenco riportato nella tabella C) Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

2) Sono familiari di persone politicamente esposte: a) i genitori; b) il coniuge o la persona legata alla persona politicamente esposta in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; c) i figli e i loro coniugi; d) le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili.

3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: a) le persone fisiche che detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di affari; b) le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

5 Si definisce Titolare Effettivo la persona o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

6 Beneficiari generici in caso di decesso dell'Assicurato

B Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

D I figli nati e nati dell'Assicurato in parti uguali, con diritto di accrescimento ai superstiti

E I genitori dell'Assicurato in parti uguali con diritto di accrescimento al superstiti o, in mancanza di entrambi, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

G Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in sua mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

L Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

Tabella A - Relazione del Beneficiario con l'Assicurato/Aderente

CODICE DESCRIZIONE

01	Madre/padre	04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	14	Fidanzato/a
02	Marito/moglie	05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	15	Rapporti aziendali
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	06	Nonno/a	11	Nipote (di nonno/a)	16	Rapporti professionali
		07	Zio/a	12	Nipote (di zio/a)	17	Altro - da indicare in Proposta
		08	Genero/nuora	13	Cugino/a		

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 17 Altro: beneficienza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)

Tabella B - Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

CODICE DESCRIZIONE

01	Soggetto stesso	06	Coniuge di figlio/a di
02	Genitore di	07	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
03	Coniuge di	08	Titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
04	Soggetto legato in unione civile/ convivenza di fatto/istituti assimilabili con	09	Soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
05	Figlio/a di		

Tabella C - Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

CODICE DESCRIZIONE

01	Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	16	Giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
02	Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	17	Magistrato della Corte di Cassazione o carica analoga in stato estero
03	Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18	Magistrato della Corte di Conti o carica analoga in stato estero
04	Vice-Ministro italiano o carica analoga in stato estero	19	Consigliere di Stato o carica analoga in stato estero
05	Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	20	Componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
06	Deputato italiano o carica analoga in stato estero		
07	Senatore italiano o carica analoga in stato estero	21	Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
08	Parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero		
09	Presidente di Regione o carica analoga in stato estero	22	Ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
10	Assessore regionale o carica analoga in stato estero	23	Incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
11	Consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	24	Ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
12	Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero	25	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo Stato italiano o estero
13	Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero	26	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di di impresa partecipata, in misura prevalente o totalitaria, dalla Regione, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
14	Direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale		
15	Membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri	27	Direttore, Vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali

Tabella D - Tipologia societaria

CODICE DESCRIZIONE

01	Società o altro organismo quotato sui mercati regolamentati	08	Società detenuta da fiduciaria
02	Ufficio della pubblica amministrazione o istituzione/organismo che svolge funzioni pubbliche	09	Fondazione
		10	Non profit / strutture analoga - indicare in " Classe dei beneficiari" i soggetti che traggono beneficio dall'ente (es. area di applicazione dell'ente)
03	Associazione		
04	Cooperativa	11	Società per azioni
05	Condominio	12	Trust struttura analoga
06	Ente religioso/struttura analoga	13	Persona giuridica (ad eccezione delle voci precedenti) / ditta individuale
07	Fiduciaria		

 ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE
 TASSI DI PREMIO LORDO PER EURO 1.000 DI CAPITALE ASSICURATO

8581 FIRST CISL MARCHE (Tariffa 3M-2004)					
Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
14	0,5336	0,5336	43	1,1316	0,8832
15	0,5336	0,5336	44	1,2144	0,9292
16	0,5336	0,5336	45	1,3248	0,9752
17	0,5336	0,5336	46	1,4536	1,0488
18	0,5336	0,5336	47	1,6100	1,1316
19	0,5612	0,5336	48	1,7756	1,2144
20	0,5888	0,5336	49	1,9228	1,3248
21	0,6164	0,5336	50	2,0516	1,4536
22	0,6348	0,5336	51	2,2080	1,6100
23	0,6532	0,5612	52	2,4012	1,7756
24	0,6716	0,5888	53	2,7876	1,9228
25	0,6900	0,6164	54	3,2476	2,0516
26	0,7176	0,6348	55	3,7720	2,2080
27	0,7452	0,6532	56	4,3792	2,4012
28	0,7820	0,6716	57	5,0876	2,7876
29	0,8096	0,6900	58	6,2192	3,2476
30	0,8372	0,7176	59	6,8264	3,7720
31	0,8464	0,7452	60	7,0656	4,3792
32	0,8464	0,7820	61	7,1852	5,0876
33	0,8372	0,8096	62	7,4336	6,2192
34	0,8280	0,8372	63	8,1328	6,8264
35	0,8188	0,8464	64	9,5772	7,0656
36	0,8188	0,8464	65	10,8652	7,1852
37	0,8372	0,8372	66	12,2360	7,4336
38	0,8556	0,8280	67	13,6804	8,1328
39	0,8832	0,8188	68	15,2352	9,5772
40	0,9292	0,8188	69	16,8912	10,8652
41	0,9752	0,8372	70	18,6668	12,2360
42	1,0488	0,8556			

Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati. A tal fine, le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano come precisato nel presente documento.

Allianz S.p.A. (di seguito anche "Società") deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano. I Suoi dati personali saranno trattati da Allianz S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento.

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è:

§ Allianz S.p.A. con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, numero verde: 800686868

che definisce le modalità e le finalità del trattamento dei suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel documento il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

§ Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto

presso la quale sono disponibili anche la lista dei responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che riguardano Lei e/o i Suoi familiari. Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari solo in quanto siano strumentali e/o utili alla gestione del rapporto assicurativo e/o all'adempimento di prestazioni ad esso strumentali o connesse.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- dati anagrafici;
- dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute) per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;
- dati biometrici (per firma grafometrica);
- digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

In base al Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi offerti.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati da Allianz S.p.A., dall'Agente, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- a. dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo; per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di questionari anamnestici, questionari sanitari e perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità
- b. ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- c. adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo, nonché alla normativa e agli adempimenti dettati dalle autorità di vigilanza, giudiziarie, etc.;
- d. i Suoi dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per verifiche precontrattuali e per finalità di antifrode. I Suoi dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, e comunque nel rispetto del periodo di conservazione dei dati indicato al successivo paragrafo 9, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3a. Altre finalità

- a. per emettere la polizza richiesta e per la sua gestione, nonché per l'erogazione dei servizi ad essa strumentali, laddove previsti, (es.: finanziamenti) potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'interessato ottenuti mediante accesso ai Sic-Sistemi di informazioni creditizie, archivi che raccolgono informazioni relative a richieste/rapporti di credito con banche e operatori finanziari, senza comunque procedere all'alimentazione di tali archivi. Queste informazioni saranno consultate per verificare le dichiarazioni contrattuali e il grado di rischio creditizio, saranno conservate presso di noi e potranno essere comunicate solo ed esclusivamente a società del Gruppo Allianz SE;
- b. valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi in base alle sue esigenze assicurative.

3b. Trattamento dei dati sensibili: i dati biometrici

Inoltre, qualora aderisca al servizio di sottoscrizione con "firma grafometrica", tratteremo i dati biometrici da Lei forniti attraverso l'apposizione della firma elettronica (per tali intendendosi i dati relativi alle modalità di esecuzione della firma medesima: posizione, velocità, accelerazione e pressione) al fine di prevenire eventuali utilizzi non autorizzati delle sue credenziali, di accertare e provare la Sua sottoscrizione e le transazioni da Lei effettuate. Nel caso in cui Lei non intendesse aderire al suddetto servizio, la sua firma verrà raccolta in modo tradizionale su supporto cartaceo.

3c. Base giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

3d. Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Premesso che il consenso al trattamento dei Suoi dati è facoltativo, preme precisarLe che, in caso di Suo rifiuto, Allianz si vedrà costretta a non poter procedere con l'erogazione dei servizi e dei prodotti sopra indicati in tutto in parte, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati da lei forniti per l'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'interessato stesso.

Le chiediamo, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come, ad esempio, nel caso di perizie mediche, questionari sanitari e anamnestici ed altra documentazione medica necessaria per la sottoscrizione delle polizze o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

4. Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, applicazioni per dispositivi mobili e smart-phone (APP) o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati ed informatici, nonché di coupons, schede e questionari.

Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

5. Destinatari dei dati personali. Chi potrà accedere ai Suoi dati

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o di soggetto autorizzato al trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, investigatori, periti e medici; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione economico-commerciale anche per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale e ricerche di mercato, società di investigazione, nonché delle società incaricate da Allianz della prestazione dei servizi di firma elettronica e conservazione del relativo documento elettronico.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticiclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5a. Possibili ulteriori destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui al punto che precede, inoltre, i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet di Allianz. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, attueremo tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Allianz S.p.A. – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz non trasferirà in alcun caso i Suoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei suoi diritti in relazione al trattamento dei suoi dati.

Lei potrà:

1. accedere ai Suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il Suo consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i Suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei Suoi dati dai nostri sistemi (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei Suoi dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
7. ottenere copia dei Suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7a. Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, Lei ha, anche, il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo di consenso.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

§ Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

8a. Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo dinanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

9. Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico

Per la trasmissione della documentazione di polizza nella fase precontrattuale e in corso di rapporto, Allianz Le propone l'utilizzo del formato elettronico. La informiamo che:

§ prestando il suo consenso lei acconsente a ricevere la documentazione precontrattuale, contrattuale e in corso di rapporto in formato elettronico, all'indirizzo email indicato in anagrafica anche con riferimento ai contratti già in corso;

Lei potrà revocare il consenso già espresso in qualsiasi momento con le medesime modalità.

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, Reg. Imprese MI n.05032630963 - Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v. - Albo Imprese Assicurazione n.1.00152 - Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco
