

## MODULO DI RICHIESTA

**Prodotto Assicurativo:** Polizza "Vita & Salute" di AXA FRANCE VIE S.A. / AXA FRANCE IARD S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia).

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO			
<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Comune</b>		<b>CAP</b>	<b>PR</b>
<b>E-mail</b>		<b>Tel</b>	

### COPERTURE ASSICURATIVE ATTIVE, PRESTAZIONI, DURATA, PREMIO ANNUALE

<b>Garanzia di Ramo Vita</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Copertura</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Durata</b>	<b>Premio Annuale Lordo</b>
Decesso	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ (esente da imposta)

<b>Garanzia di Ramo Danni</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Copertura</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Durata</b>	<b>Premio Annuale Lordo</b>
Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ (2,5% di imposte)

<b>Garanzia di Ramo Danni</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Copertura</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Durata</b>	<b>Premio Annuale Lordo</b>
Malattia Grave (Cancro, Ictus, Infarto Miocardico)	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 5 anni)	€ (2,5% di imposte)

<b>Garanzia di Ramo Danni</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Copertura</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Durata</b>	<b>Premio Annuale Lordo</b>
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Indennità Mensile Assicurata € 500,00	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ 15,00 (2,5% di imposte)

<b>Totale Premio Annuale (incluse imposte applicabili)</b>	<b>€</b>
--	----------

### INFORMATIVA SUI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

I mezzi di pagamento del Premio Annuale (prima annualità ed annualità di rinnovo) sono:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità
- ordini di bonifico bancario o postale
- i seguenti mezzi di pagamento elettronici bancari o postali: Bancomat e Carte di Credito

La compagnia non incassa direttamente i premi. Tutti i mezzi di pagamento devono essere intestati all'intermediario Alliance Eurete S.R.L., espressamente in tale qualità, autorizzato dalla compagnia all'incasso dei premi.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	
<b>Decorrenza iniziale</b>	Ore 24:00 del giorno di pagamento del primo Premio Annuale
<b>Rinnovi annuali</b>	Il Contraente è tenuto a pagare i Premi Annuali di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità in corso. In caso di mancato pagamento del premio entro 15 giorni dalla scadenza annuale del contratto (c.d. <i>termine di tolleranza</i> ) l'assicurazione è sospesa. Il contratto è risolto automaticamente in caso di mancato pagamento del Premio Annuale di Rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale.

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO	
<b><u>Diritto di recesso entro i primi 30 giorni dalla stipula (c.d diritto di ripensamento)</u></b>	
Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto <b>entro il termine di 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione</b> (c.d. diritto di ripensamento). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia, per il tramite dell'i, provvederà a rimborsare al Contraente l'importo di Premio già versato (al netto delle imposte).	
<b><u>Diritto di recesso annuale</u></b>	
Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto annualmente, <b>entro il termine di 30 giorni dalla scadenza annuale della polizza</b> . In tal caso, l'assicurazione cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della annualità in corso.	
<b><u>Modalità per l'esercizio del diritto di recesso</u></b>	
Il Contraente / Assicurato è tenuto ad esercitare il diritto di recesso mediante invio di una lettera raccomandata a.r. o comunicazione P.E.C. ad <i>Alliance Eurete S.R.L.</i> ai seguenti recapiti: Via Bufalini 8 00161 Roma (RM) – eurete@pec.eurete.it.	

## INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

### AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

Si avverte il Contraente / Assicurato che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;
- è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione;
- anche nei casi non previsti dalla Compagnia, il Contraente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Compagnia pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

<b>A. Hai ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)		
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale		
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi		
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		

5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale		
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia		
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative		
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni		
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema		
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica		
11. Diabete		
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia		
13. Le seguenti Malattie o malformazioni congenite/ereditarie: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi		
<b>B. Se a conoscenza di essere affetto da una delle malattie di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?</b>		
<b>C. Sei titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento ?</b>		

Data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Assicurato \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E MODALITA' DI TRAMMISSIONE

Io sottoscritto Contraente / Assicurato:

**DICHIARO** di aver ricevuto dall'intermediario, la seguente documentazione pre-contrattuale:

- a) Set Informativo del prodotto assicurativo Vita e Salute comprensivo di:
  - Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)
  - Condizioni di Assicurazione (compresive di Glossario)
- b) Documento riepilogativo degli obblighi degli intermediari (Allegato 3); Dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (Allegato 4).
- c) Informativa sul trattamento dei dati personali; copia del modulo sull'adeguatezza del contratto.

**PRESTO CONSENSO** all'invio a mezzo e-mail della documentazione precontrattuale del contratto sopra indicata, nonché all'utilizzo della stessa e-mail per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto da parte dell'intermediario e della compagnia, consapevole che potrò in ogni momento revocare il consenso la mia scelta, ricevendo le comunicazioni in formato cartaceo.  **SI**  **NO**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Assicurato \_\_\_\_\_

## BENEFICIARI

### NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

- Può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata all'impresa in forma scritta

**DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

**DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

Compilare solo se selezionata la designazione nominativa dei beneficiari

#### DATI DEL PRIMO BENEFICIARIO

<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Comune</b>	<b>CAP</b>	<b>PR</b>	
<b>E-mail</b>	<b>Tel</b>		
<b>Nucleo familiare</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Escludo l'invio di comunicazioni prima dell'evento Decesso dell'Assicurato</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### DATI DEL SECONDO BENEFICIARIO

<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Comune</b>	<b>CAP</b>	<b>PR</b>	
<b>E-mail</b>	<b>Tel</b>		
<b>Nucleo familiare</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Escludo l'invio di comunicazioni prima dell'evento Decesso dell'Assicurato</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### DATI DEL TERZO BENEFICIARIO

<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Codice Fiscale</b>			
<b>Indirizzo</b>			
<b>Comune</b>	<b>CAP</b>	<b>PR</b>	
<b>E-mail</b>	<b>Tel</b>		
<b>Nucleo familiare</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Escludo l'invio di comunicazioni prima dell'evento Decesso dell'Assicurato</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Assicurato \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

**Prodotto Assicurativo:** Polizza "Vita & Salute" di AXA FRANCE VIE S.A. / AXA FRANCE IARD S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

Così come disposto dal Regolamento ISVAP n° 41/2018i, il presente **Questionario** ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze assicurative, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

### A) INTENDO FORNIRE LE RISPOSTE RICHIESTE PER LA VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA

Attività svolta	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente		<input type="checkbox"/> Pensionato
	<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo		
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)		
L'esigenza deriva da obblighi	<input type="checkbox"/> Di legge	<input type="checkbox"/> Contrattuale	<input type="checkbox"/> Nessuno
A quale di queste coperture previste dal contratto è interessato?	<input type="checkbox"/> una copertura vita che garantisce ai miei familiari o altre persone a me care un capitale in caso di mia premorienza <input type="checkbox"/> copertura infortuni e malattia che mi garantisce un capitale in caso di riconoscimento di invalidità totale permanente >60% <input type="checkbox"/> copertura infortuni e malattia che mi garantisce una indennità mensile in caso di mia inabilità temporanea <input type="checkbox"/> copertura malattia che mi garantisce un capitale alla diagnosi di una malattia grave		
Di che orizzonte temporale di protezione assicurativa necessita?	<input type="checkbox"/> Fino a 5 anni	<input type="checkbox"/> Da 5 a 10 anni	<input type="checkbox"/> Oltre 10 anni
Qual è la sua disponibilità di spesa annuale per il contratto richiesto?	<input type="checkbox"/> Fino a 250€	<input type="checkbox"/> Fino a 500€	<input type="checkbox"/> Oltre 1.000€
E' consapevole che il contratto assicurativo può prevedere esclusioni, franchigie e altre limitazioni?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha ottenuto dall'intermediario sufficiente informazione sulle caratteristiche delle coperture assicurative previste dal contratto?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' a conoscenza che può attivare liberamente qualunque delle garanzie previste dal contratto proposto, a seconda delle sue esigenze?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quali polizze ha già sottoscritto?	<input type="checkbox"/> RC Auto		<input type="checkbox"/> Casa
	<input type="checkbox"/> Infortunio e malattia		<input type="checkbox"/> RCT
	<input type="checkbox"/> Previdenza		<input type="checkbox"/> Risparmio
	<input type="checkbox"/> Non autosufficienza		<input type="checkbox"/> Altro

Firma del Contraente \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

## B) DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Il sottoscritto dichiara di **non voler fornire una o più delle informazioni** a lui richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la possibilità, per l'intermediario, di effettuare la valutazione di coerenza del contratto alle mie esigenze assicurative. **Dichiara comunque di voler stipulare il contratto offerto.**

Firma del Contraente \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

## C) DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA DEL CONTRATTO ALLE ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CONTRAENTE

L'Intermediario distributore della polizza dichiara che, in base alle risposte rese dal Contraente il contratto risulta essere:  CONFORME ALLE SUE ESIGENZE ASSICURATIVE

NON CONFORME ALLE SUE ESIGENZE ASSICURATIVE

Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

## D) DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI NON COERENZA ALLE ESIGENZE ASSICURATIVE

Il Contraente dichiara di essere informato dei motivi per i quali sulla base dell'informazioni fornite all'intermediario, il contratto assicurativo **non risulta coerente alle Sue esigenze assicurative. Dichiara, altresì, di voler comunque sottoscrivere il contratto.**

Firma dell'Intermediario \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

## DATI DEL CONTRAENTE (coincide sempre con l'Assicurato)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Alliance Eurete S.r.l. tutela la privacy dei Dati Personali dei Clienti, che tratta nell'esercizio della propria attività di intermediazione assicurativa.

Operatori che possono essere coinvolti nella gestione dei dati personali:

**Assicuratori:** forniscono una copertura assicurativa ai Contraenti dietro pagamento di un premio.

**Riassicuratori:** forniscono una copertura assicurativa ad altri Assicuratori o Riassicuratori.

**Intermediari:** soggetti che svolgono attività di intermediazione assicurativa e che possono essere coinvolti in qualità di emittenti o di proponenti dei contratti assicurativi.

Nell'ambito della presente informativa, il termine "interessati" si riferisce a qualsiasi persona inclusa nel precedente elenco i cui Dati Personali vengono trattati da Alliance EURETE nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa.

### 1) GLOSSARIO

- **GDPR:** Regolamento generale sulla protezione dei dati dell'UE e legislazione nazionale sulla protezione dei dati in vigore nello Stato membro dell'UE in cui ha sede Alliance EURETE.
- **Titolare del trattamento:** il soggetto responsabile della raccolta e della conservazione dei Dati Personali.
- **Dati Personali:** le informazioni che rendono identificabile l'interessato e che si riferiscono o sono riconducibili all'interessato.
- **Trattamento dei Dati Personali:** il termine si riferisce alla raccolta, all'utilizzo, alla memorizzazione, alla divulgazione o alla cancellazione dei Dati Personali.

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Alliance Eurete S.r.l. Via Maurizio Bufalini 8 00161 Roma RM Tel./FAX 051.0217044 Email [info@eurete.it](mailto:info@eurete.it) PEC [eurete@pec.eurete.it](mailto:eurete@pec.eurete.it).

### 2) DATI PERSONALI CHE POSSONO ESSERE OGGETTO DI TRATTAMENTO:

Alliance EURETE potrà trattare i seguenti Dati Personali:

- **Dati Personali in senso stretto:** nome, indirizzo, altri dati di contatto (ad es. indirizzo e-mail e numero di telefono), sesso, stato civile, dati sul nucleo familiare, data e luogo di nascita, datore di lavoro, qualifica e storia lavorativa, relazione con il Contraente, assicurato, beneficiario o richiedente
- **Estremi identificativi:** numeri di identificazione rilasciati da agenzie o enti governativi (ad esempio, a seconda del paese di residenza dell'interessato, numero di previdenza sociale o nazionale, numero di passaporto, numero di carta di identità, codice fiscale, numero di patente)
- **Informazioni finanziarie:** numero della carta di pagamento, numero di conto e coordinate bancarie, reddito e altre informazioni di carattere finanziario
- **Dati sanitari:** condizioni fisiche e mentali attuali o precedenti, stato di salute, informazioni su infortuni o disabilità, cure mediche ricevute, abitudini personali rilevanti (ad es. fumo o consumo di alcolici), informazioni su medicinali soggetti a prescrizione medica, storia clinica
- **Informazioni sulla polizza:** informazioni sui preventivi ricevuti e sulle polizze stipulate dall'interessato
- **Precedenti richieste di indennizzo:** informazioni su richieste di indennizzo precedenti • **Richieste di indennizzo in corso:** informazioni su richieste di indennizzo in corso, che possono includere categorie particolari di Dati Personali (secondo la definizione fornita nel paragrafo relativo al Rischio assicurato)
- **Dati di marketing:** informazioni relative al consenso espresso o negato dall'interessato a ricevere comunicazioni di marketing dal titolare e da terzi.

### 3) FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO. I Dati personali sono trattati:

- con il consenso espresso dell'Interessato ex art. 24 lett. a), b), c) Codice Privacy ed ex art. 6 lett. b), e) GDPR), per le seguenti Finalità di Servizio: concludere i contratti; adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali; adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità, come ad esempio in materia di antiriciclaggio; esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.
- previo consenso specifico dell'Interessato ex artt. 23 e 130 Codice Privacy ed ex art. 7 GDPR), per le seguenti Finalità di Marketing diretto: inviare via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, notifiche push, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi.

**4) FONTI DEI DATI PERSONALI.** Alliance EURETE raccoglie i Dati Personali da varie fonti, tra cui le seguenti: interessati e membri del loro nucleo familiare, telefono o corrispondenza scritta, pec, e-mail, whatsapp. Alliance EURETE

quando raccoglie le predette informazioni direttamente dagli Interessati, avrà premura di informare in merito alla necessità di ottenere tali informazioni e alle conseguenze che potrebbero derivare dalla decisione di non fornirle nel modulo apposito.

**5) MODALITA' DI TRATTAMENTO.** Alliance EURETE tratta i Dati Personali nella misura necessaria per conseguire gli scopi identificati nella presente informativa sulla privacy o entro i limiti consentiti dalla legge. In particolare, il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art.4 n.2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato. Il Titolare non acquisisce, né sottopone ad alcuna tipologia di trattamento dati sensibili, ai sensi dell'art.9 del GDPR, ovvero dati rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. In riferimento ai dati giudiziari, il Titolare non sottopone a trattamento dati che rivelino l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato. Alliance EURETE, qualora avesse necessità di raccogliere Dati Personali per finalità incompatibili con quelle specificate nella presente informativa sulla privacy, si impegna a comunicare agli Interessati il nuovo scopo ed a ottenere, ove necessario, il loro consenso (o a chiedere ad altre parti di farlo per conto di Alliance EURETE) al trattamento dei Dati Personali per le nuove finalità. Il trattamento delle informazioni raccolte rispetta i "fondamenti giuridici" definiti nel Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) cui si rimanda.

**6) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI.** Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra, e comunque, per non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto per le finalità di servizio e per non oltre 2 anni dalla raccolta dei dati per le finalità di marketing, e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

**7) DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI** I dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui alla presente informativa a: dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema; società terze o altri soggetti (a titolo indicativo altri soggetti del settore assicurativo (c.d. ciclo assicurativo) istituti di credito, studi professionali, consulenti, società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, testimoni, esperti, medici legali, periti, avvocati e gestori delle richieste di indennizzo, etc.) che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento; 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.

**8) PROFILAZIONI AUTOMATIZZATE** Il Titolare, attraverso il ciclo assicurativo descritto, acquisisce dal Cliente le informazioni necessarie a valutare le sue esigenze assicurative, in conformità alle attuali disposizioni di legge. L'utilizzo delle informazioni acquisite e dei Dati personali dei Clienti possono essere utilizzate per la loro profilazione, previo consenso informato degli Interessati.

**9) LE MISURE DI SICUREZZA** Alliance EURETE adotta misure di sicurezza elettroniche e procedurali adeguate alla sensibilità delle informazioni in suo possesso. Le misure di sicurezza includono l'installazione di firewall al fine di tutelare e garantire la protezione dei Dati personali. L'accesso ai Dati è limitato al personale e a soggetti terzi che hanno necessità di accedervi per scopi di business appropriati e legittimi. E' esclusa qualsiasi possibilità di accesso esterno.

**10) TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI** I dati personali sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

**11) DIRITTI DEGLI INTERESSATI** L'interessato, ha i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy e art. 15 GDPR e precisamente i diritti di: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati; ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro



contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea.

Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione. Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma Telefono: (+39) 06.69677.2917 E-mail: urp@gpdp.it).

**12) RICHIESTE E RECLAMI** EURETE si adopera a garantire che i Dati Personali siano sempre accurati, completi ed aggiornati. Gli Interessati possono contattare EURETE per aggiornare le informazioni personali o per qualsiasi altra esigenza relativa alla presente informativa, contattando la Società ai recapiti sopra specificati.

---

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy redatta da Alliance EURETE in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione ed al trattamento dei dati personali) e della quale confermo ricezione.

CONSENSO		FINALITA'
SI	NO	al trattamento dei dati personali per finalità strettamente connesse all'esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto, derivanti da obblighi di leggi, regolamenti o normative vigenti. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale
SI	NO	al trattamento dei dati personali per la valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguate
SI	NO	al trattamento dei dati personali e, in particolare, dei miei recapiti (Email, numero cellulare, numero telefono fisso, PEC) per finalità di promozione commerciale dettagliate nell'informativa privacy
SI	NO	al trattamento dei dati personali per finalità di comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti con in quali la Società intrattiene rapporti di collaborazione

*Contrassegnare la scelta*

Contraente	
Luogo e data	
Firma	