



MODULO DI ADESIONE A POLIZZA COLLETTIVA TEMPORANEA CASO MORTE RELATIVA A UN PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE

Assicurazione contro i rischi previsti dall'Art. 32 del DPR 180/50 a garanzia di prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote della pensione

Cod. Intermediario	Intermediario	Cod. Sub Int. prestito	N. pratica	Cod. prodotto	N. Convenzione/Adesione

Ragione Sociale Contraente:		Codice Fiscale:		Partita Iva	
Indirizzo Sede Legale:		Comune	Provincia	CAP	E-mail

Cognome e Nome Assicurato				Codice Fiscale	
Indirizzo residenza			Comune	Provincia	Cap
Nato a	E-Mail	Provincia	Data di Nascita	Sesso	
Numero Documento Identità valido	Tipologia di Documento	Rilasciato da		Data rilascio/rinnovo	

Ragione Sociale Ceduto/Delegato			Cod. Fiscale/P.IVA:		
Indirizzo:			Comune	Provincia	CAP

Ragione Sociale Ente Erogante – Beneficiario (con designazione irrevocabile ai sensi del DPR 180/50)			Cod. Fiscale / P.IVA:		
Indirizzo:			Comune	Provincia	CAP

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento	Durata (mesi)	Tacito rinnovo

GARANZIE PRESTATE	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO LORDO UNICO
	€	€

PREMIO DA PAGARE	Premio netto	Spese di emissione	Imponibile	Tasse	Totale
	€	€ 00,00	€	€ 0.00	€

I costi del premio assicurativo sono sostenuti dal Contraente e sono riportati nel **Documento Informativo Precontrattuale**

- non sono previste spese di emissione;
- caricamento espresso in percentuale pari al **14%** sul premio unico, comprensivo della quota a favore dell'intermediario pari a **4,50%** del premio pagato

In caso di Estinzione anticipata (totale o parziale) e/o trasferimento del finanziamento, di cui all'**art. 17** delle **Condizioni Generali di Assicurazione** è previsto il rimborso del Premio pagato e non goduto ma restano acquisite dall'Impresa le spese di rimborso del Premio non Goduto per un importo pari a € 25,00.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso da ciascun Certificato Individuale di Assicurazione entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una comunicazione scritta alla Compagnia come previsto all'**art. 15** delle **Condizioni Generali di Assicurazione**. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione l'Impresa ha l'obbligo di rimborsare il premio corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

L'Assicurato all'atto della sottoscrizione riceverà la documentazione in formato cartaceo, le comunicazioni successive le riceverà su supporto durevole.

Decorrenza della garanzia: la data a partire dalla quale la copertura produce i suoi effetti; coincide con la data in cui viene erogato il finanziamento, a condizione di rispettare quanto riportato nelle **Condizioni Generali di Assicurazione**.

Il presente **Modulo di Adesione** manterrà la sua efficacia nell'arco dei successivi 30 gg. a decorrere dalla data di richiesta della sua emissione e se non accettata dalla Compagnia, si intenderà caduca a tutti gli effetti.

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. corrisponderà al Beneficiario il debito residuo alla data di decesso dell'Assicurato, con le modalità e le condizioni indicate nel Set Informativo.

Il Contraente si impegna a pagare il premio suesposto come riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

Mezzi di pagamento consentiti: bonifici.

ASSENSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, consapevole che l'assicurazione Temporanea caso morte che si sta stipulando da parte del Contraente riguarda la propria vita, dà esplicito consenso alla conclusione del contratto, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO

L'Assicurato designa irrevocabilmente il Contraente quale Beneficiario della presente polizza, delega quindi **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.**, in caso di decesso, a pagare al Beneficiario l'intero ammontare del debito residuo previsto dal Contratto di Prestito, corrispondente all'"Ammontare Estintivo" indicato nelle **Condizioni Generali di Assicurazione**.

Sottoscrizione dell'Assenso e della Designazione

Data	L'Assicurato (firma leggibile)
-------------	---------------------------------------

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE Temporanea Caso Morte

Attenzione: prima di sottoscrivere il questionario, leggere con attenzione le domande e verificare l'esattezza delle dichiarazioni fornite. Le risposte non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

Il sottoscritto:

- | | |
|--|----------------------|
| • ha una differenza tra la sua altezza (espressa in cm) e il suo peso (espresso in Kg) compresa tra 80 e 120 (es. 175 – 70 = 105)? | SÍ () NO () |
| • è affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato? | SÍ () NO () |
| • è al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi? | SÍ () NO () |
| • si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato? | SÍ () NO () |
| • è a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro? | SÍ () NO () |
| • è in attesa di ricovero o è stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni (salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica)? | SÍ () NO () |
| • è o è stato affetto da una malattia acuta o cronica (*) e presenta postumi invalidanti che riducono l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)? | SÍ () NO () |
| • percepisce pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia o ha presentato domanda per ottenerla? | SÍ () NO () |

Eventuali note dell'Assicurando:

(*) Esempi di malattie acute o croniche: infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, malattie psico-neurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali o genitourinarie croniche, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, malattie croniche dell'apparato muscoloscheletrico.

DICHIARAZIONI:

- L'Assicurato dichiara che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di **Cf Life Compagnia di Assicurazioni Vita Spa**, sono veritiere, precise e complete;
- L'Assicurato dichiara di essere a conoscenza, essendo stato opportunamente informato, che le risposte non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa, ai sensi degli **Artt. 1892, 1893 e 1895 del Codice Civile**.
- L'Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono averlo curato o visitato e le altre persone alle quali l'Impresa, direttamente o indirettamente tramite azienda specializzata, ritenga in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, e acconsente a che tali informazioni siano comunicate dall'Impresa stessa ad altri soggetti o enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative, nonché autorizza fin da ora **Cf Life Compagnia di Assicurazioni Vita Spa** all'acquisizione di copia delle cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici;
- L'**Assicurato** dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione, del set informativo, composto dai documenti di seguito specificati e di accettare tutti i termini delle condizioni ivi previste;
 - **DIP VITA Mod. DIP.V.001.2019.CQP.TUW;**
 - **DIP AGGIUNTIVO VITA Mod. DIP.AGG.V.001.2019.CQP.TUW;**
 - **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. CG.V.001.2019.CQP.TUW;**
 - **GLOSSARIO Mod. G.V.001.2019.CQP.TUW;**
 - **informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento 679/2016**

Data

L'Assicurato (*firma leggibile*)

Mod. PY-Cedente 2020.04.CQP.VITA

Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento 679/2016

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. ai sensi dell'art 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016, dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (in seguito anche Regolamento), Le fornisce le seguenti informazioni.

Titolare del trattamento

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. con sede in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma è il Titolare del trattamento.

Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer – DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl, con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT), questo responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail dpo_cflife@protectiontrade.it

Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per:

- fornire i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa. In tale ambito, per finalizzare il contratto, rientra il successivo contatto effettuato da operatori di CFLife o società mandatarie della stessa e nominate Responsabili del trattamento, per l'integrazione dei dati sullo stato di salute; informazioni necessarie alla sottoscrizione della polizza o del prodotto richiesto;
- la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto di assicurazione in essere tra le parti per le finalità di cui alla lettera a), la base giuridica per le finalità di cui alla lettera b) è il consenso. In relazione a quest'ultimo, le ricordiamo che lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro.

Natura dei dati trattati

La Compagnia, in occasione delle operazioni di trattamento, potrà venire a conoscenza di dati identificativi e di contatto (dati anagrafici, e-mail e contatto telefonico), nonché di dati che il Regolamento definisce particolari quali i dati relativi allo stato di salute.

I dati acquisiti saranno da noi gestiti attraverso misure di sicurezza tali da garantire la tutela e la massima riservatezza degli stessi.

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali.

Il Trattamento è svolto dall'organizzazione del Titolare a mezzo di soggetti espressamente e specificatamente designati dal Titolare che operano presso la sede dello stesso (sede legale e/o operativa), ovvero presso suoi uffici periferici e/o altre strutture (sedi secondarie, subagenzie, sedi distaccate). I dati acquisiti e saranno da noi gestiti attraverso misure di sicurezza tali da garantire la tutela e la massima riservatezza degli stessi

Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati per le finalità di cui alla lettera a) è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui alla lettera b) è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti.

Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali conferiti, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati

- per le attività di cui alla lettera a) agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti

di assicurazione; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore

assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria;
- per le attività di cui alla lettera b) a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime.

Trasferimento dei dati

La Compagnia potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori, riassicuratori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo cflife@protectiontrade.it.

Tempi di conservazione

I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui alla lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra Compagnia. I dati personali trattati per le finalità di cui alla lettera b) saranno conservati per 24 mesi.

Processo decisionale automatizzato

Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Compagnia.

Diritti degli interessati

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo a all'indirizzo mail cflife@protectiontrade.it. In particolare, Lei potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Ove lo ritenga opportuno, Lei potrà proporre reclamo all'autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 e 14 del Regolamento, conferisco il consenso:



al trattamento dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al precedente paragrafo "Ambito di comunicazione e diffusione" della presente informativa.

Data _____

Firma Assicurato _____

al trattamento dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. (Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail telefono fax SMS posta cartacea

Data _____

Firma Assicurato _____

al trattamento dei dati finalizzato alla comunicazione ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime

Data _____

Firma Assicurato _____