

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE RELATIVA AD UN PRESTITO ESTINGUIBILE CON CESSIONE DI QUOTE DI STIPENDIO

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

N. proposta	Intermediario	Cod. Int.	C.Sub. Int.	Cod.Prodotto	N. pratica prestito

Contraente - Ragione Sociale IBL Family S.p.A.			P. Iva/ codice fiscale 14994571009		
Indirizzo Via Venti Settembre, 30	Comune ROMA	Provincia RM	Cap 00187		

Cedente-Delegante Cognome e nome codice fiscale					
Indirizzo	Residenza	Comune	Provincia	Cap	casella e-mail
Nato in	Provincia	Data di nascita	Sesso		
N. documento d' identità	valido	Tipologia documento	Rilasciato da	Data rilascio/rinnovo	

Ragione sociale Ceduto/Delegato		P.Iva/codice fiscale			
Indirizzo	Comune	Provincia	Cap		

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento - Tipo Pagamento	Durata (mesi)
		Unica soluzione anticipato	

DATI TECNICI DEL RISCHIO							
Data ingresso Italia	Stipendio netto mensile	Assunto il	Tfr Azienda	Tfr Fondo	Rata mensile	Numero Rate	Tan

GARANZIE OPERANTI - SOMME ASSICURATE - PREMIO UNICO

GARANZIE PRESTATE	SOMMA ASSICURATA	Premio netto	Sp.di emissione	Imponibile	Tasse	Totale
Perdita d'Impiego con Ramo Credito						

Mezzi di pagamento consentiti: bonifici.

Decorrenza della garanzia: la data dalla quale la polizza produce i suoi effetti coincide con la data in cui viene erogato il finanziamento di cui al Contratto di Prestito da parte dell'Ente Contraente-Erogatore.

Data proposta: la presente proposta ha validità 60 gg dalla data di emissione.

CF Assicurazioni, a seguito della cessazione definitiva del rapporto di lavoro del cedente-delegante per qualsiasi causa, escluso il decesso, da cui derivi la cessazione della corresponsione delle quote mensili di stipendio dovuta ai sensi del Contratto di Prestito e nel caso in cui non sia possibile la prosecuzione dell'ammortamento di cui al Contratto di Prestito o il recupero del credito residuo dovuto cedente-delegante, corrisponderà al Beneficiario un ammontare pari a quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

DICHIARAZIONI DEL CEDENTE-DELEGANTE AI FINI DELLA GARANZIA "Perdita d'Impiego"

Il sottoscritto:

dichiara ad ogni effetto che le informazioni fornite e le risposte date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza.

Riconosce, altresì, che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi degli Artt.1892,1893 e 1895 del Codice Civile.

_____ Data
_____ Cedente/Delegante
_____ Firma Leggibile

IMPORTANTE:VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO PRIMA DI SOTTOSCRIVERE LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE (Art.1892,1893,1895 del Codice Civile)



a) Il cedente- delegante, dipendente di Pubblica Amministrazione, si impegna in via irrevocabile, al momento della cessazione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione e in caso di mancata rinotifica dell'importo del debito sul trattamento pensionistico, a cedere a CF Assicurazioni l'ammontare del Trattamento di Fine Servizio presente presso INPS.
Tale Cessione di credito ai sensi degli art. 1260, 1962, 1963, 1964 codice civile, è limitata al residuo debito netto interessi che C.F. Assicurazioni pagherà all'Ente Finanziario e per il cui importo CF Assicurazioni resta surrogata nei confronti del Fondo di Garanzia gestito da INPS.

_____ Data

_____ Firma Leggibile

Il cedente - delegante per l'impegno di cui sopra, sottoscrive anche ai sensi e per gli effetti degli art 1341 e 1342 C.C.

_____ Data

_____ Firma Leggibile

a) Il Cedente - Delegante dipendente di Amministrazione Privata si impegna in via irrevocabile, al momento della cessazione del rapporto di lavoro, in caso di mancata rinotifica dell'importo del debito sul trattamento pensionistico e in mancanza della corresponsione del TFR all'Ente Finanziario, a cedere a CF Assicurazioni il suo diritto di poter ricorrere al Fondo di Garanzia appositamente istituito presso INPS ai sensi della legge 297 del 29/05/1982.
Tale Cessione di credito ai sensi degli art. 1260, 1962, 1963, 1964 codice civile è limitata al residuo debito netto interessi che C.F. Assicurazioni pagherà all'Ente Finanziario e per il cui importo CF Assicurazioni resta surrogata nei confronti del Fondo di Garanzia gestito da INPS.

_____ Data

_____ Firma Leggibile

Il cedente - delegante per l'impegno di cui sopra sottoscrive anche ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 C.C.

_____ Data

_____ Firma Leggibile

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi e per gli effetti dell'art.1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di ricevere il Fascicolo informativo completo composto da: Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, mod. i.207.06.CDQS.Cred. e di approvare specificatamente i seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 4 - Beneficiario dell'Ammontare Estintivo; Art. 1 - Oggetto del contratto; Art.5. Decorrenza e durata della garanzia; Art.6.1. Estinzione anticipata del prestito; Art.7- Pagamento del Premio; Art. 9. Eventi in Garanzia; Art.10. Obblighi a carico del Contraente in caso di sinistro prima della richiesta di indennizzo; Art. 11 Pagamento delle prestazioni assicurate e limite della operatività della garanzia nel periodo del termine di attesa - scoperto. Art. 12 - Dichiarazioni inesatte o cause di annullamento. 14 - Diritto di Recesso del Contratto; Art. 16 - Foro Competente.

_____ Data

_____ Cedente/Delegante

_____ Firma Leggibile

Il Contraente dichiara inoltre di aver ricevuto da parte dell'Intermediario copia dell'informativa precontrattuale di cui all'Art.49 del Regolamento IIVASS n.5/2006 (Modelli 7A / 7B)

IBL Family S.p.A.
Prof. Oscar Cosentini
(Amministratore Delegato)

[Firma manoscritta]

_____ Data

_____ Il Contraente

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 38.707.500,00 I.v. - C.F./P.IVA: 09395811004 - REA CCIA Roma n. 1160328 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 - Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 - G.U. n. 195 23/08/2007 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



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

Ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), **CF Assicurazioni S.p.A.** con sede in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma, Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per:

a) concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione stipulato dalla nostra Compagnia con il contraente, nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, nonché gestire il recupero del credito; desideriamo inoltre informarla che CF Assicurazioni S.p.A. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;

b) 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;

2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;

3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto in essere con la banca; il conferimento dei dati è per le finalità di cui al punto 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;

4. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto di assicurazione stipulato dalla nostra Compagnia con la Banca per le finalità di cui al punto 1 lettera a), la base giuridica per le finalità di cui al punto 1 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.

5. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati

- per le attività di cui al punto 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, il pagamento dei sinistri e l'eventuale recupero del credito, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, Ministero del Lavoro e della 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 al punto 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;

6. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 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 società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b saranno conservati per 24 mesi.

7. 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_cf@protectiontrade.it

8. 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

9. La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo a cfassicurazioni@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, 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 a 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 punto 5) della presente informativa.

Firma 
IBL Family S.p.A.
Prof. Oscar Cosentini
(Amministratore Delegato)

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 Assicurazioni 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

Firma 
IBL Family S.p.A.
Prof. Oscar Cosentini
(Amministratore Delegato)

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

Firma 
IBL Family S.p.A.
Prof. Oscar Cosentini
(Amministratore Delegato)

Vers.01.2019.Ced.

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

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

Intermediario	Cod. Intermediario	Cod. Sub. Int.	N. pratica prestito	Cod. prodotto	N. Convenzione/Adesione
	1024				/

Ragione Sociale Contraente			Cod. Fiscale/P. IVA		
IBL Family S.p.A.			14994571009		
Indirizzo Sede Legale		Comune	Provincia		CAP
Via Venti Settembre, 30		ROMA	RM		00187

Cognome e Nome Assicurato				Codice Fiscale	
Indirizzo residenza			Comune	Provincia	Cap
Nato a			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		
IBL Family S.p.A.			14994571009		
Indirizzo		Comune	Provincia		CAP
Via Venti Settembre, 30		ROMA	RM		00187

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento	Durata (mesi)	Tacito rinnovo
		Rata unica		NO

GARANZIE PRESTATE	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO LORDO UNICO
TCM capitale decrescente premio unico		

PREMIO DA PAGARE	Premio netto	Spese di emissione	Imponibile	Tasse	Totale
Premio firma fino al					

I costi sono sostenuti dal Contraente, ad esclusione dell'eventuale visita medica a carico dell'Assicurato, e sono rappresentati dalle seguenti voci:

- non sono previste spese di emissione;
- caricamento espresso in percentuale pari al 18% sul premio unico, comprensivo della quota a favore dell'intermediario pari al 7,5% del premio pagato.

In caso di Estinzione anticipata (totale o parziale) e/o trasferimento del finanziamento, di cui all'art. 17 delle Condizioni Generali restano acquisite dall'Impresa le spese di rimborso del Premio non Goduto per un importo pari a Euro 25,00 oltre all'importo delle spese di emissione della Polizza indicate nel presente Modulo e nella Polizza.

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 di cui al Contratto di Prestito da parte dell'Ente-Erogante/Beneficiario.

Data adesione: la presente adesione ha validità 30 gg dalla data di emissione.

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 Fascicolo Informativo.

Il Contraente si impegna a pagare il premio suesposto contestualmente all'erogazione del finanziamento.

Mezzi di pagamento consentiti: bonifici.

DESIGNAZIONE BENEFICIARIO

Il sottoscritto Assicurato:

- a) designa irrevocabilmente il Contraente quale Beneficiario della presente polizza, delega quindi CF Lif e 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 di Assicurazione.
- b) si impegna a comunicare a CF Lif e Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. i dati relativi al nuovo datore di lavoro in caso di ricollocamento al lavoro dipendente, o di collocamento in pensione.

L'Assicurato _____

<p>CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA S.p.A. Sede Legale: Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4960 info@cfassicurazionilife.com cfassicurazionilife@pec.it www.cfassicurazioni.com</p>	<p>Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. – C.F. 09623620151 – P.IVA: 03801541008 REA CCIA Roma n. 702453 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096 Società del Gruppo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 042 – Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.</p>
---	---

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE Temporanea Caso Morte

Attenzione: prima di rispondere ai quesiti contenuti nel seguente questionario, leggere con attenzione le domande. Le risposte non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

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

• 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)?	SÌ () NO ()
• è affetto da malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato?	SÌ () NO ()
• è al momento della presente sottoscrizione sotto trattamento medico o farmacologico per più di 30 giorni consecutivi?	SÌ () NO ()
• si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a cure e/o esami per malattie che necessitano di trattamento medico continuato?	SÌ () NO ()
• è a conoscenza che tali accertamenti si rendano necessari per il prossimo futuro?	SÌ () 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)?	SÌ () 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)?	SÌ () NO ()
• percepisce pensione o assegno di invalidità per infortunio o malattia o ha presentato domanda per ottenerla?	SÌ () NO ()
Eventuali note dell'Assicurando:	

<p>(*) 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.</p>	

L'Assicurando 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.

Dichiara inoltre:

- che le informazioni fornite e le risposte date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e di non aver taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza;
- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte, non veritiere o le reticenze dell'Assicurando 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.

di acconsentire alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Data L'Assicurato Firma Leggibile

L'ASSICURATO DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO DI ADESIONE, DEL FASCICOLO INFORMATIVO COMPOSTO DAI DOCUMENTI DI SEGUITO SPECIFICATI E DI ACCETTARE TUTTI I TERMINI DELLE CONDIZIONI IVI PREVISTE:

- DIP VITA;
- DIP AGGIUNTIVO VITA;
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CHE CONTEMPLANO TUTTE LE INFORMAZIONI PRELIMINARI NECESSARIE PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE;
- GLOSSARIO.

Data L'Assicurato Firma Leggibile

<p>CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA S.p.A. Sede Legale: Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4960 info@cfassicurazionilife.com cfassicurazionilife@pec.it www.cfassicurazioni.com</p>	<p>Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. – C.F. 09623620151 – P.IVA: 03801541008 REA CCIA Roma n. 702453 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096 Società del Gruppo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 042 – Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.</p>
--	---

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

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** con sede in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma, Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per:

a) fornirLe 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; desideriamo inoltre informarLa che CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;

b) 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;

2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;

3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 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 al

punto 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;

4. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto di assicurazione in essere tra le parti per le finalità di cui al punto 1 lettera a), la base giuridica per le finalità di cui al punto 1 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.

5. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati

- per le attività di cui al punto 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 consortili 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 al punto 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;

6. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 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 società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b) saranno conservati per 24 mesi.

7. 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

8. 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 Società.

9. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail cflife@protectiontrade.it. Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso 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 punto 5) della presente informativa.

Firma Contraente-Assicurato 

Firma Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

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

Firma Contraente-Assicurato 

Firma Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

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

Firma Contraente-Assicurato 

Firma Assicurato _____
(se diverso da Contraente)

¹ Se l'assicurato è un minore d'età, la firma dovrà essere apposta da un genitore o da chi ne esercita la potestà