

La sottoscritta Azienda _____
con sede, ai fini del presente atto, in _____, prov _____
cap _____, via _____,
C.F _____, e-mail _____,
pec _____, telefono _____ fax _____

E

il/la sottoscritto/a: _____
titolare/amministratore/sindaco della suddetta Azienda, nato/a a _____, prov _____
il _____, C.F _____ residente in _____,
prov _____, via _____, cap _____,
e-mail/pec _____ cellulare _____

CHIEDONO

al Consiglio di Amministrazione del FASDAPI, ai sensi dell'art.3 comma 3 dello Statuto, l'iscrizione al Fondo per consentire al sottoscritto titolare/amministratore/sindaco di beneficiare delle prestazioni assistenziali assicurate dal Fondo - mediante stipula di apposite convenzioni, cui delegano il Fondo con impegno di rato e valido - ai componenti degli organi sociali delle imprese o enti che applicano il CCNL stipulato da CONFAPI e FEDERMANAGER per i dirigenti della piccola e media industria, individuate ai sensi dell'art.23 comma 3 dello Statuto come segue:

- indennità per morte da infortunio comunque occorso di Euro 500.000,00;
- indennità per invalidità permanente da infortunio comunque occorso di massimo Euro 600.000,00 con franchigia del 2% per invalidità inferiori al 5%;
- indennità per invalidità permanente da malattia e/o morte di Euro 300.000,00;
- ogni altra prestazione accessoria pattuita in convenzione;

a tal fine, sotto la propria responsabilità e pienamente consapevoli delle conseguenze civili, anche ex artt.1892 e 1893 del codice civile, e penali delle dichiarazioni inesatte, false o mendaci,

DICHIARANO

1. che il/la sottoscritto/a titolare/amministratore/sindaco della sottoscritta Azienda è in carica dal _____ come da certificato del Registro delle imprese che si allega,
2. di avere preso visione e di ben conoscere ad ogni effetto lo Statuto ed il Regolamento FASDAPI nonché le condizioni contrattuali delle convenzioni assicurative Temporanea Caso Morte, Invalidità Permanente da Malattia e Infortuni, pubblicati sul nostro sito (www.fasdapi.it).
3. di essere a conoscenza che in caso di premorienza, i beneficiari saranno i soggetti indicati con apposito "modulo di designazione beneficiari" inviato a mezzo raccomanda A/R; in mancanza di indicazione, i beneficiari delle prestazioni saranno gli aventi diritto ai sensi dell'art. 2122 del Codice Civile.

SI IMPEGNANO

ad effettuare il versamento del contributo al Fasdapi che sarà da questi richiesto solo dopo l'accettazione della domanda e imputato a pagamento del premio assicurativo con effetto di iscrizione al Fondo e decorrenza delle coperture assicurative dalle ore 24,00 del giorno dell'avvenuto pagamento del contributo stesso (giorno di valuta dell'accredito).

Il/La sottoscritto/a Titolare/amministratore/sindaco, sempre ai fini della presente domanda di iscrizione, sotto la propria responsabilità e pienamente consapevole delle conseguenze civili, anche ex artt.1892 e 1893 del codice civile, e penali delle dichiarazioni inesatte, false o mendaci,

DICHIARA ALTRESI'

di non avere patologie in corso rilevanti agli effetti delle convenzioni assicurative stipulate dal Fondo, ad eccezione di quelle separatamente indicate con dichiarazione riservata: ("atto di adesione all'assicurazione vita collettiva" e "questionario sanitario per l'assicurazione"), allegata alla presente domanda in busta chiusa quale sua parte integrante.

L'AMMINISTRATORE/SINDACO

L'AZIENDA

.....

Il sottoscritto preso atto che - come rappresentato nell'informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, fornita a tergo del presente modulo e di cui trattiene copia - l'esecuzione dei servizi prestati dal FASDAPI in favore degli iscritti richiede il trattamento dei propri dati personali e la loro comunicazione alle categorie di soggetti specificati nella citata informativa

acconsente

ai predetti trattamento e comunicazioni, consapevole che, in mancanza di consenso, il FASDAPI non potrà effettuare il proprio servizio in favore del sottoscritto, così come indicato nell'informativa.

L'AMMINISTRATORE / SINDACO

.....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modificazioni in relazione ai dati personali oggetto di trattamento da parte del Fondo FASDAPI (Fondo di Assistenza e Solidarietà per i Dirigenti e per i Quadri Superiori della piccola e media industria) con sede in Roma, Via Nazionale 66, si informa di quanto segue:

1. TITOLARE E RESPONSABILE

Titolare del trattamento dei dati personali è il FASDAPI, con sede in Via Nazionale 66 – 00184 Roma, rappresentato ai fini del Regolamento (UE) 2016/679 dal Presidente.

Responsabile del trattamento è il Direttore FASDAPI domiciliato presso la sede del Fondo.

Responsabile della protezione dati (Data Protection Officer - DPO) è il soggetto nominato dal Responsabile del Trattamento ed è reperibile alla mail dpo@fasdapi.it, che ha compiti di consulenza e sorveglianza sulle modalità di gestione dei dati personali e di contatto con l'autorità garante e gli interessati.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente presso gli iscritti/aderenti ovvero presso il/i datore/datori di lavoro. In ogni caso tutti i dati, inclusi quelli personali "particolari" sono stati e saranno trattati nel rispetto del citato Regolamento e degli obblighi di riservatezza cui è sempre ispirata l'attività del Fondo. La legge richiede specifiche manifestazioni di consenso rinvenibili in apposito modulo da rimettere, debitamente compilato e sottoscritto al Fondo FASDAPI, Via Nazionale 66, Roma (comunicazione di iscrizione, denuncia di sinistro, ecc.) sul sito www.fasdapi.it.

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo FASDAPI (di seguito Fondo), sono effettuati:

- per la finalità di gestione dei trattamenti assistenziali previsti dai contratti collettivi di lavoro, in attuazione di quanto stabilito dallo Statuto del Fondo e dalla legge;
- per la finalità di aggiornamento sulle prestazioni, svolgimento di attività ausiliarie per il perseguimento degli scopi istituzionali e sulle attività del Fondo;
- per la finalità di corrispondere ogni altra prestazione alla quale il Fondo sia autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo è soggetto.

I dati personali e "particolari" raccolti od ottenuti da FASDAPI i possono comprendere, ad esempio: nome e cognome, età, data di nascita, genere, indirizzo e-mail, indirizzo di residenza, paese di residenza, informazioni dettagliate su lavoro e istruzione (come, organizzazione per cui si lavora, titolo professionale e informazioni relative agli studi), origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è necessario, per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo.

L'eventuale rifiuto del consenso al trattamento dei dati comporterà l'impossibilità di accettare la domanda di adesione al Fondo presentata dall'interessato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati indicati al punto 2):

- è effettuato con strumenti cartacei e/o con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4 N. 2) del Regolamento (UE) 2016/679 (d'ora in poi Regolamento);
- ai sensi di quanto disposto dall'art. 5 del Regolamento, verrà posto in essere nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza di cui all'art. 12 del Regolamento e per il periodo di tempo non superiore agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e allorquando sarà cessato ogni adempimento istituzionale, tenendo conto dei termini di prescrizione stabiliti dall'ordinamento giuridico;
- avverrà mediante misure organizzative e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei trattamenti stessi.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo potrà comunicare i dati personali degli iscritti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività.

In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione e società finanziarie incaricate della gestione delle risorse del Fondo;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici, professionisti e consulenti;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente;
- enti con i quali il Fondo condivide servizi ed operazioni per ragioni di economia gestionale (come ad. es. PREVINDAPI, Fondo PMI Welfare Manager e altri enti o organizzazioni partecipate dalle stesse Parti Istitutive del Fondo).

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 comma 2 lettera b) garantisce all'interessato, tra gli altri, i seguenti diritti:

- 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; 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 soggetti autorizzati;
- ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi hai 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; c) 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 informativo, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante telefono e/o posta cartacea. Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di informazione diretta 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.

Gli interessati possono esercitare i diritti di accesso e rettifica attraverso l'area iscritti riservata.

Tutti gli altri diritti si esercitano con comunicazione al Responsabile del trattamento al seguente indirizzo Via Nazionale, 66 – 00184 Roma, via mail al seguente indirizzo dpo@fasdapi.it, a mezzo fax, o raccomandata.

Il Presidente del FASDAPI

Allianz SpA
Vita Collettive Tradizionali
Assunzione e Gestione

Agenzia Broker Allianz Bank Financial Advisor

Codice: _____ Descrizione _____ Email _____
(da compilarsi obbligatoriamente)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI DEL CONTRAENTE

Convenzione n.: _____

Denominazione sociale del Contraente: _____

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome dell'Assicurato _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Attenzione: Barrare tutte le caselle anche in caso di risposta negativa. In caso di risposta affermativa completare tutti i campi richiesti.

1. L'Assicurando attualmente fruisce di una pensione di invalidità? SI NO
 Se sì:
 Grado _____

Civile INPDAI INPS INAIL ALTRO _____

per quale motivo? _____

Ha in corso pratiche per il riconoscimento di pensione / assegno di invalidità / inabilità? SI NO

Se sì, ente interessato _____

2. L'Assicurando, nell'esercizio della sua professione, è esposto a speciali pericoli? (es.: contatti con: materie venefiche, esplosive, linee elettriche alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti) SI NO

Se sì, quale? _____

3. L'Assicurando pratica sports? SI NO

Se sì, quali? _____

Come professionista o dilettante ?

4. L'Assicurando ha mai fatto uso di:

• Sostanze stupefacenti? SI NO Se sì, quali? _____ Quantità giornaliera? _____

• Alcolici? SI NO Se sì, quali? _____ Quantità giornaliera? _____

• Tabacco? SI NO Se sì, quali? _____ Quantità giornaliera? _____

5. Altezza cm. _____ Peso Kg. _____ Il suo peso ha subito variazioni superiori al 10% negli ultimi 12 mesi? SI NO

6. UOMO: è stato dichiarato idoneo al servizio militare? SI NO

Se no, per quale motivo? _____

7. DONNA: è ora incinta? SI NO Se sì, di quanti mesi? _____

Gravidanze n° _____ Parti n° _____ di cui cesarei n° _____ Aborti n° _____

Se ha avuto parti, quando l'ultimo? ___/___/___

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO

1. Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati prima dell'età di 60 anni
- Casi di gravi malattie cardiocircolatorie? SI NO
Se sì `uali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Ipertensione? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Casi di grave diabete? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Insufficienza renale? SI NO
Se sì indicare età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso _____
 - Casi di Tumori maligni? SI NO
Se sì a cosa? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Casi di Malattie nervose o mentali? SI NO
Se sì `uali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
 - Altre malattie a carattere ereditario (come corea di Huntington o morbo di Alzheimer)? SI NO
Se sì `uali? (Indicare anche età alla diagnosi, l'età attuale se vivente o l'età al decesso) _____
2. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato in Case di cura , ospedali , sanatori SI NO
per malattie e/o interventi chirurgici?
Se sì, per `uali cause? _____
Dove? _____
Quando? _____
Per `uanto tempo? _____
3. Specificare eventuali terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

4. Specificare se attualmente terapie effettuate nell'ultimo anno o tutt'ora in corso

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI EFFETTUATI NEGLI ULTIMI 5 ANNI

			Data	Motivo	Risultato
a) Esami del sangue	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
b) Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
c) Esami delle urine	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
d) Radiografie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
e) Encefalogramma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____
f) Test HIV	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____	_____	_____

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre attualmente di patologie gravi a carico di

SI

NO

Apparati	Data	Patologie
<input type="checkbox"/> Apparato respiratorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato cardiocircolatorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato digerente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema urogenitale	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato osteo-articolare	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema endocrino	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie del sangue	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistema nervoso	_____	_____
<input type="checkbox"/> Apparato riproduttivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malattie dell'udito o della vista	_____	_____

- Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite - anche se materialmente scritte da altri sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892, art. 1893 e art. 1894 Codice Civile).
- Prosciolgo dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero avermi curato o visitato e le altre persone a cui il beneficiario caso morte, anche dopo il verificarsi dell'evento, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, poichè le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.
- Quale soggetto interessato al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che mi è stata consegnata in occasione della sottoscrizione del presente questionario anamnestsico, consapevole che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti successivamente in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsento al trattamento degli stessi per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

Luogo e data

FIRMA DELL'ASSICURANDO

Per ulteriori informazioni o eventuali chiarimenti sul presente modulo inviare una e-mail a collettivevita.gestione@allianz.it

Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza – ed. 01/12/2018

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 Largo Ugo Imeri, 1 – 34123 Trieste, 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.

3.a) Altre finalità

- a. 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.

3.b) 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.

3.c) 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'awenuta 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.

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

Premesso che il **consenso** al trattamento dei Suoi dati è **facoltativo**, preme precisare 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

- a. 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.
- b. 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.

- c. 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.
- d. 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 antiriciclaggio, 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.

5.a) 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.

7.a) 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.

8.a) 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.

RACCOMANDATA A.R.

Spett.le
Fasdapi
Via Nazionale, 66
00184 - Roma

MODULO DI DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

La presente designazione può essere effettuata in qualunque momento e sostituisce ogni eventuale precedente indicazione di beneficiari effettuata dall'iscritto

Il/la sottoscritto/a

Dirigente Quadro Superiore Quadro Titolare /Amministratore

nato/a a Prov. () , il ,

codice fiscale

residente in Prov. () , (CAP) ,

Via /Piazza ,n ,

telefono E-mail: .

Designa in caso di sua premorienza, quali beneficiari delle prestazioni previste dall'articolo 12 ccnl Confapi-Federmanager:

	Cognome e nome	Data di nascita	Codice fiscale	Quota % attribuita del beneficio
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Barrare le righe non utilizzate

,

(luogo)

(data)

.....

(firma)

NB:

- **In mancanza di indicazione, beneficiari delle prestazioni saranno gli aventi diritto ai sensi dell'art. 2122 del Codice Civile.**