

Ama di Più

Distribuito da Credito Valtellinese SpA
Proposta n.

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e prezzo annuo costante.

Io sottoscritto, letto il Set Informativo, incluse le Condizioni di Contratto, firmo e sottopongo alla Compagnia questo Modulo di Proposta.

CLIENTE

Da compilare se il Cliente è una Persona Fisica

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	Sesso:
Età:	Data di Nascita:		
Indirizzo di Residenza:			
Località:	CAP:	Prov.:	
Domicilio:			
Indirizzo:	CAP:	Prov.:	
Località:			
Cittadinanza:	CAP:	Prov.:	
Altro Indirizzo di recapito postale:			
Località:	CAP:	Prov.:	

Da compilare se il Cliente è una Persona Giuridica

Denominazione:	PIVA:	
Indirizzo:		
Località:	CAP:	Prov.:

ASSICURATO

Se l'Assicurato è diverso dal Cliente

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	Sesso:
Età:	Data di Nascita:		
Indirizzo di Residenza:			
Comune:	CAP:	Prov.:	
Domicilio:			
Indirizzo:	CAP:	Prov.:	
Comune:			
Cittadinanza:	CAP:	Prov.:	
Altro Indirizzo di recapito postale:			
Comune:	CAP:	Prov.:	

EVENTUALE LEGALE RAPPRESENTATE DEL CLIENTE

Cognome:	Nome:	Codice fiscale:	Sesso:
Età:	Data di Nascita:		
Indirizzo di Residenza:			
Comune:	CAP:	Prov.:	
Domicilio:			
Indirizzo:	CAP:	Prov.:	
Comune:			
Cittadinanza:			

Beneficiario(i) in caso di morte: *si rimanda alla SEZIONE DESIGNAZIONE BENEFICIARIA*

PRODOTTO		
Data di Decorrenza*	Data di Scadenza	Frequenza pagamento
Comunicata al cliente con apposita comunicazione		

*La data di decorrenza del contratto sarà comunicata al Cliente con apposita comunicazione da parte della Compagnia.

Provvigione corrisposta a Stelvio in € sui costi 0,15

Provvigione corrisposta a Creval in € sui costi 2,99

- Capitale Assicurato deve essere almeno uguale a € 5.000,00 e non superiore a € 1.000.000,00.
- L'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione non deve essere inferiore a 18 anni né superiore a 75 anni e 6 mesi.

CARATTERISTICHE DEL PREMIO	
Capitale Assicurato:	
Professione:	
L'assicurato è fumatore	
Attività sportive:	
Prezzo annuo costante	
Tariffa: S03	
Sovrappremio	Sovrappremio professionale:
	Sovrappremio sportivo:
	Sovrappremio sanitario:
PREMIO ANNUALE	
Prezzo annuo*	

*Sul prezzo complessivamente versato è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e i limiti previsti dalla normativa fiscale vigente.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Versamento

Cliente:

Bonifico Bancario di EUR: da

A favore di

sul seguente codice

IBAN

presso

Il Cliente in quanto intestatario o cointestatario del conto corrente sopra indicato, con la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta autorizza ad effettuare il suddetto bonifico in favore di . in relazione al Prezzo annuo costante riferito a tutta la Durata della Polizza come definita sopra.

AUTORIZZO, in qualità di intestatario, cointestatario del conto corrente indicato nella sezione **PAGAMENTO DEL PREMIO**, ad effettuare il suddetto bonifico in favore della Compagnia.

SEZIONE DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO (prevista in caso di morte dell'Assicurato)

Di seguito sono riepilogati i dati relativi alla designazione del Beneficiario effettuata da:

Cognome:

Nome:

in qualità di Cliente della **Proposta n.**

E' possibile indicare i Beneficiari con nome e cognome (se persone fisiche) o denominazione (se persone giuridiche).

Ti ricordiamo che in caso di mancata designazione specifica del/i Beneficiario/i la Compagnia potrebbe incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i e che la modifica o la revoca di questo/i deve essere comunicata alla Compagnia nelle forme previste dalle Condizioni di Assicurazione.

DESIGNAZIONE SPECIFICA PERSONA FISICA/GIURIDICA

Beneficiario 1

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 2

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 3

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 4

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 5

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 6

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 7

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 8

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 9

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

Beneficiario 10

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice fiscale/PIVA:

Legame Cliente:

Beneficio(%):

Contatto*: Si ☐ No ☐

Via/Piazza:

Città:

Telefono:

Luogo e Data di nascita:

CAP:

Stato:

Email:

Nr. d'iscrizione:

**Autorizza la Compagnia ad inviare prima dell'evento comunicazioni al Beneficiario per finalità contrattuali. Si prega di inserire il flag (SI/NO)*

DESIGNAZIONE GENERICA

Questa sezione è dedicata alle designazioni effettuate in forma generica, ovvero, senza un'individuazione specifica e dettagliata delle figure alle quali conferire il capitale assicurato.

DESIGNAZIONE REFERENTE

Questa sezione è dedicata alla designazione della figura del Referente. Se in qualità di Cliente desideri mantenere riservata la designazione dei Beneficiari oppure intendi avvalerti del supporto di qualcuno di tua fiducia nella gestione dell'erogazione della prestazione, è possibile indicare il nominativo di un Referente terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia può far riferimento in caso di decesso.

Cognome e Nome - Denominazione Azienda:

Codice Fiscale / P.IVA:

Indirizzo:

Telefono:

Email:

Nel caso di indicazione di un Referente Crédit Agricole Vita S.p.A. si rivolgerà a tale figura solo nel caso in cui la designazione sia generica oppure nel caso in cui non sia stato designato alcun beneficiario specifico.

AVVERTENZE

La presente proposta potrà essere sottoscritta presso le filiali di Creval. Qualora le informazioni fornite dal Cliente siano **non veritiere, inesatte o reticenti**, questo comprometterebbe il diritto alla prestazione da parte della Compagnia che non avrebbe dato il suo consenso se avesse conosciuto il vero delle cose.

Revocabilità della Proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso gli uffici della Compagnia o attraverso comunicazione scritta inoltrata alla Compagnia per il tramite della Banca Abilitata. La revoca della Proposta ha l'effetto di impedire la conclusione del contratto, se la comunicazione è stata effettuata o spedita prima dell'accettazione della Compagnia.

Recesso dal contratto

Il Cliente, entro **60** giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto è concluso, può chiedere che ne cessino gli effetti (Recesso).

Per farlo, deve firmare una comunicazione scritta che può essere:

- Consegnata ad una delle filiali della **Banca Abilitata**, oppure
- Inviata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Crédit Agricole Vita S.p.A.
Ufficio Portafoglio
Via Tortona, 33 – 20144 Milano

Dal momento in cui la comunicazione è ricevuta dalla **Banca Abilitata** o dalla **Compagnia**, sia il **Cliente** che la **Compagnia** sono liberi da ogni obbligazione contrattuale.

Entro 30 giorni da tale momento, la Compagnia pagherà un importo pari alla somma di tutti i **Prezzi** versati dal **Cliente** durante la durata del Contratto meno:

- eventuali imposte.

Conclusione del contratto – decorrenza delle coperture assicurative

L'incasso del premio da parte della Compagnia costituisce conferma dell'accettazione della proposta e determina la conclusione (perfezionamento) del Contratto.

Il Contratto è efficace e le coperture previste sono attive a partire dalla **Data di Decorrenza**, che corrisponde al giorno di accredito a favore della Compagnia del **Prezzo Versato**.

Le garanzie assicurative entrano in vigore nei termini di seguito indicati:

a partire dalle ore 24.00 del giorno di avvenuto accredito del Prezzo Versato a favore di Credit Agricole Vita S.p.A..

La data di decorrenza del contratto sarà comunicata al Cliente con apposita comunicazione da parte della Compagnia.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO SUL PROPRIO STATO DI SALUTE/ QUESTIONARIO SANITARIO e/o RAPPORTO DI VISITA MEDICA

L'Assicurando prende atto che la presente proposta è emessa sulla base delle informazioni contenute nel Questionario informativo sullo stato di salute n° _____ e/o sul Questionario sanitario o sul Rapporto di visita medica sottoscritte dall'Assicurando in fase di preventivazione e che l'Assicurando dichiara di aver ricevuto in copia al momento della compilazione.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO SULLO STATO TABAGICO

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa l'Assicurando dichiara:

- a aver preso visione della definizione di "non fumatore", riportata nelle Condizioni di Assicurazione;
- b di non aver mai fumato o che ha smesso nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;

stanti le dichiarazioni ai precedenti punti (a) e (b), sussiste pertanto il requisito che consente al Cliente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;

qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, provvederà a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE /DEL QUESTIONARIO SANITARIO

In relazione alla compilazione del Questionario informativo sullo stato di salute e, ove previsto, del Questionario sanitario, l'Assicurando deve tenere in considerazione che:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; anche nei casi non espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ALTRE DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO E DEL CLIENTE

L'Assicurando con la sottoscrizione della presente conferma le dichiarazioni rilasciate alla Compagnia nei seguenti documenti ove previsti:

- Proposta
- Progetto di Assicurazione sulla Vita
- Dichiarazione dell'assicurando sul proprio stato di salute (Questionario informativo sullo stato di salute)
- Questionario sanitario
- Questionario Sportivo
- Questionario Professionale
- Rapporto di visita medica

e dichiara che esse sono conformi a verità non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

L'Assicurando dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato o che lo faranno in futuro, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie ai quali la Società credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere; acconsente in particolare che tali informazioni e atti sanitari siano comunicati e sottoposti da CA Vita all'esame di persone o Enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

L'Assicurando e, se diverso, il Cliente dichiarano ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., di essere consapevoli che le sopra riportate informazioni e dichiarazioni:

- **sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del Contratto, costituendo parte integrante dello stesso**

- che, qualora le dichiarazioni rilasciate risultino non veritiere, inesatte oppure vengano riscontrate reticenze possono compromettere il diritto alle Prestazioni Assicurate.

Firma del Cliente o suo Legale Rappresentante

FEAC-SIMILE

DICHIARAZIONI DEL CLIENTE [E DELL'ASSICURATO]

Io sottoscritto,

- DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte incluse nel presente modulo, nonché quelle contenute nei moduli di **adeguata verifica della clientela** e **FATCA** e **CRS** anche se materialmente compilate da altri – sono state da me rese e sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Società eventuali variazioni dei dati da me forniti.
- DICHIARO di confermare le scelte compiute nel presente modulo tra le quali (i) l'individuazione del beneficiario in caso morte ed in caso di vita qualora previsti dal contratto; (ii) il trattamento dei dati personali; (iii) le modalità di invio dei documenti e delle comunicazioni contrattuali successive da parte della Compagnia.
- DICHIARO di aver **ricevuto in tempo utile, prima della sottoscrizione del Contratto, il Set informativo** contenente le informazioni del prodotto che si intende sottoscrivere.
- DICHIARO di essere stato informato e di aver letto e compreso, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente modulo di proposta, le caratteristiche ed i rischi del Prodotto: **Ama di Più** come descritti nel **Set Informativo** comprensivo di Condizioni di Assicurazione e che dichiaro di accettare integralmente.
Nel caso in cui il Contratto sia sottoscritto nell'ambito di un sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dalla Banca Abilitata (ove previsto) prendo atto che tale documentazione contiene le informazioni previste dagli artt. da 67 – quater a 67 – octies del Codice del Consumo.
- DICHIARO di aver preventivamente preso visione e/o ricevuto da parte della Banca Abilitata il documento contenente le informazioni da rendere al Cliente prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta comprese quelle contenute nell'Allegato 3 e nell'Allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
- DICHIARO di aver preso atto, dell'esito delle analisi effettuate dalla Banca Abilitata rispetto alle mie esigenze e bisogni assicurativi e alla loro coerenza rispetto al prodotto proposto;
- DICHIARO di aver preso atto e di accettare i criteri descritti all'interno del Progetto Di Assicurazione Sulla Vita fornita dalla Banca Abilitata in relazione al presente contratto.
- DICHIARO inoltre di aver ricevuto, tramite il **Set Informativo** e l'ulteriore documentazione elaborata dalla Banca Abilitata, le informazioni sulle caratteristiche del Prodotto stesso e sull'importo del Premio annuo costante nonché dei costi previsti per il prodotto.
- DICHIARO di essere residente in Italia.
- PRENDO ATTO della possibilità di **revocare** la presente proposta nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso gli uffici della Compagnia o attraverso comunicazione scritta inoltrata alla Compagnia per il tramite della Banca Abilitata e, della facoltà di **recedere** dal Contratto entro 60 giorni dalla comunicazione della conclusione dello stesso, ottenendo il rimborso degli importi indicati nella documentazione contrattuale al netto degli eventuali oneri di emissione del contratto, secondo quanto indicato nelle Condizioni Contrattuali. Con la sottoscrizione della presente, richiedo, in ogni caso, che l'esecuzione del contratto abbia comunque inizio prima del decorso del termine per il recesso, anche nel caso di sottoscrizione del contratto mediante tecniche di comunicazione a distanza (ove previsto) tramite il sistema di intermediazione a distanza organizzato e gestito dalla Banca Abilitata.

Firma del Cliente o suo Legale Rappresentante

Il sottoscritto Cliente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Contrattuali:

[Sezione Per: -Tariffa S0301]

Art.2- Copertura Temporanea in caso di morte; Art.3 - Prezzo; Art.4 – Durata del Contratto; Art.5 - Dichiarazioni del Cliente-Assicurato; Art.6 – Conclusione ed Efficacia del Contratto; Art.7 – Risoluzione del Contratto; Art.8 - Diritto di Recesso; Art.11 – Sospensione dei pagamenti; Art. 12 – Ripresa dei pagamenti.

Firma del Cliente o suo Legale Rappresentante

SCELTA RELATIVA ALLA MODALITA' DI RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE E DELLE COMUNICAZIONI SUCCESSIVE

Con riferimento al presente Contratto, il Cliente, comunica alla Compagnia, a decorrere dalla sottoscrizione del presente modulo:

- ☐ di voler ricevere mediante supporto durevole non cartaceo la documentazione contrattuale
☒ di non voler ricevere mediante supporto durevole non cartaceo la documentazione contrattuale

Il Cliente fornisce a tal fine il seguente indirizzo di posta elettronica valido ed in uso: impegnandosi a comunicare alla Compagnia o al Banca Abilitata ogni variazione dello stesso.

La scelta relativa al supporto per l'invio della documentazione e delle comunicazioni in corso di contratto può essere modificata in qualsiasi momento comunicandola alla Compagnia o al Banca Abilitata.

Firma del Cliente o suo Legale Rappresentante

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 – 14 Regolamento (UE) 2016/679

In conformità agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito, il **"GDPR"**), la Società Crédit Agricole Vita S.p.A. (di seguito, anche la **"Società"** o il **"Titolare"**) - in qualità di Titolare del trattamento - La informa sull'uso dei Suoi dati personali:

1.1 Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

La Società tratta i dati personali da Lei forniti per concludere, gestire ed eseguire il contratto da Lei richiesto, nonché gestire e liquidare le prestazioni attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Nell'ambito della presente finalità, il trattamento viene altresì effettuato per la prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché per le relative azioni legali, e per assolvere eventuali obblighi di legge, contabili e fiscali (es.: obblighi di adeguata verifica della clientela e comunicazioni di suoi Dati Personali in conformità a quanto previsto dalle disposizioni in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo, obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di accertamento e repressione di violazioni tributarie. Il conferimento dei suoi dati personali, inclusi eventuali dati di minori di età, risulta pertanto necessario ed il relativo trattamento da parte della Società potrà avere come base giuridica: a) l'adempimento di un obbligo di legge, regolamento, normativa europea o normativa internazionale laddove applicabile; b) la conclusione e l'esecuzione di un contratto di cui è parte anche per quanto concerne la gestione e liquidazione dei sinistri; c) il Suo consenso nel caso di particolari categorie di dati, ai sensi dell'art 9.2 lett. a) del GDPR. Nel caso in cui Lei rifiutasse di fornire i dati personali richiesti, la Società non potrà concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o gestire e liquidare le prestazioni assicurative. In caso di trattamento basato sul Suo consenso, lo stesso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca. Resta inteso che, in siffatta ipotesi, la Società non potrà dar seguito alle obbligazioni contrattuali.

Inoltre, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode, antiriciclaggio, antiterrorismo e di adeguamento agli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di accertamento e repressione di violazioni tributarie. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiriciclaggio, antiterrorismo e/o di violazioni tributarie. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiriciclaggio, antiterrorismo e/o di accertamento e repressione di violazioni tributarie.

I dati personali dei beneficiari necessari alla definizione del rapporto assicurativo sono conferiti dal contraente al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo.

1.2 Trattamento dei dati personali per finalità promozionali/commerciali

I Suoi dati potranno essere altresì utilizzati per finalità di profilazione della Clientela, di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato. In tali casi, il trattamento dei Suoi dati personali sarà basato esclusivamente sul suo consenso libero e specifico, laddove raccolto. Il Suo consenso potrà essere revocato in ogni momento senza pregiudicare la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca.

2 Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte; è invece esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati. La Società svolge il trattamento direttamente tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione (incaricati) o avvalendosi di soggetti di fiducia esterni alla Società, facenti parte della cd. "catena assicurativa" o di settori diversi ma con funzioni accessorie e organizzative all'attività assicurativa.

Tali soggetti tratteranno i Suoi dati:

- a) conformemente alle istruzioni ricevute dalla Società in qualità di responsabili o di incaricati, tra i quali indichiamo gli Agenti della Società, i dipendenti o collaboratori della Società stessa addetti alle strutture aziendali nell'ambito delle funzioni cui sono adibiti ed esclusivamente per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. L'elenco aggiornato dei responsabili e delle categorie di incaricati è liberamente conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7;
- b) in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1.1 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori;

agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione od altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensioni; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Magistratura, Forze dell'ordine, Banca d'Italia, altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione).

Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1.2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a Società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

L'elenco dei soggetti a cui sono comunicati i dati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7.

4 Trasferimento di dati all'estero

I Suoi dati personali potranno essere trasferiti all'estero, esclusivamente per le finalità di cui al punto 1.1, prevalentemente verso paesi Europei. I dati personali potrebbero tuttavia essere trasferiti verso paesi extra europei. Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile ed adottando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza. Si precisa a tal riguardo che i trasferimenti verso Paesi extra europei - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avvengono sulla base delle c.d. Clausole Contrattuali Tipo emanate dalla Commissione medesima quale garanzia del corretto trattamento.

5 Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per almeno dieci anni (in osservanza alla normativa pro-tempore vigente) a far data dalla cessazione di qualsivoglia rapporto di natura contrattuale tra Lei e la Società. Sono fatti salvi i dati la cui conservazione è finalizzata ad esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria.

6 Diritti dell'interessato

Ai sensi degli articoli 15-20 del GDPR Lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quello di ottenere l'accesso ai Suoi dati personali in forma intelligibile, la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi. Lei avrà inoltre diritto ad ottenere dalla Società la limitazione del trattamento, potrà inoltre opporsi per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati. Nel caso in cui ritenga che i trattamenti che La riguardano violino le norme del GDPR, ha diritto a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR.

6.1 Diritto alla Portabilità dei dati

Ai sensi dell'art. 20 del GDPR Lei ha diritto ad ottenere, su richiesta, i Suoi dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici e ha diritto di trasmetterli direttamente ad un altro Titolare di sua scelta, nei limiti della materiale fattibilità dell'operazione e dei costi da sostenere.

7 Titolare e responsabile per la protezione dei dati personali (DPO)

Il Titolare del trattamento è Crédit Agricole Vita S.p.A. nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con Sede Legale in via Università, 1 - 43121 Parma (Italia). Il Responsabile per la protezione dei dati personali – DPO - è nominato sia per la Società sia per la controllante Stelvio Agenzia Assicurativa S.p.A... Per esercitare i Suoi diritti ai sensi del GDPR di cui al punto 6 della presente informativa potrà contattare il DPO all'indirizzo di posta elettronica dataprotection@ca-vita.it oppure o tramite il form pubblicato sul sito della Compagnia, www.ca-vita.it, nella sezione Privacy, oppure all'indirizzo di Via Tortona, 33 – 20144 Milano (Italia). Allo stesso dovrà essere effettuata ogni richiesta di informazione in merito all'individuazione dei Responsabili del trattamento agenti per conto del Titolare.

Versione: contratto prodotti assicurativi (26 febbraio 2020)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 6.1 lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") dichiara di aver preso visione dell'Informativa ed esprime liberamente il consenso al trattamento:

1. per finalità di informazione, promozione e comunicazione commerciale di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato, anche con modalità automatizzate (es. tramite telefono, SMS, MMS, fax, posta elettronica ed applicazioni Web);
SI ☒ NO ☐
2. per finalità di profilazione della clientela, anche mediante elaborazioni elettroniche, di propri comportamenti ed abitudini di consumo in modo da migliorare i servizi forniti, soddisfare le specifiche esigenze ed indirizzare le proposte commerciali di interesse;
SI ☒ NO ☐
3. per finalità di informazione, promozione e comunicazione commerciale di prodotti e servizi con modalità automatizzate (es. tramite telefono, SMS, MMS, fax, posta elettronica ed applicazioni Web), da parte di soggetti terzi.
SI ☒ NO ☐

SPAZIO RISERVATO AI SOGGETTI INCARICATI DELLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO

Cognome e nome dell'incaricato:

Codice matricola gestore: