

1. IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____		Nome: _____	
Codice Fiscale: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: _____	
Comune di nascita: _____	Provincia: _____	Telefono: _____	
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____		
Comune di residenza: _____	Provincia: ()		
Email _____			

presa visione del documento sull'erogazione della rendita, degli allegati e delle indicazioni contenute nel modulo stesso

2. CHIEDE L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA Barrare una delle seguenti alternative

*Il diritto alla prestazione pensionistica si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza, con **almeno 5 anni di partecipazione** alle Forme Pensionistiche Complementari.*

Se il periodo di iscrizione è inferiore si può attendere di raggiungere i 5 anni di partecipazione al Fondo oppure richiedere il riscatto utilizzando il Modulo di Richiesta Uscita U10.

A tal fine, il sottoscritto dichiara di avere raggiunto **il pensionamento**, (ovvero di aver raggiunto i requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza)

A) ☐ 100% capitale

Possono optare per l'erogazione dell'intera prestazione pensionistica in capitale:

- i "vecchi iscritti" (iscritti ad una forma pensionistica complementare prima del 29/04/1993);
- i "nuovi iscritti" (iscritti ad una forma pensionistica complementare dopo il 28/04/1993), qualora l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70% della posizione individuale maturata risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale. E' possibile contattare il Fondo, prima dell'invio della richiesta, per la verifica della posizione.

Fuori da questi casi, le prestazioni possono essere erogate in capitale fino ad un massimo del 50%; la parte residua deve essere erogata in rendita.

Nota Bene: Per i "vecchi iscritti" (iscritti alle Forme Pensionistiche Complementari prima del 29/04/1993) che OPTINO per l'erogazione 100% capitale verrà automaticamente applicato il regime introdotto dal D.Lgs. 252/2005. Per i "nuovi iscritti" (iscritti dopo il 28/04/1993) NON è invece prevista la possibilità di optare per diversi regimi fiscali. Il Fondo informerà preventivamente l'iscritto qualora parte della prestazione debba essere erogata sotto forma di rendita, in caso contrario procederà direttamente con l'erogazione al 100% in forma capitale.

B) ☐ 100% rendita

C) ☐ 50% capitale - 50% rendita

D) ☐ capitale % - rendita %

N.B. Nel caso di richiesta di erogazione totale o parziale di una rendita pensionistica, occorre compilare il modulo Unipol come da allegato

3. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

Data 1ª iscrizione a forme pensionistiche complementari: _____

Contributi non dedotti non ancora comunicati *: € _____ (_____)

* entro il 31/12 dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla normativa. Qualora l'aderente maturi il diritto alla prestazione prima del 31/12, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo nell'ultimo anno e/o frazione di anno che non siano già stati comunicati in precedenza.

4. COORDINATE BANCARIE

N.B. in assenza di tali dati, il pagamento sara' effettuato a mezzo assegno circolare, previo invio al fondo di apposita liberatoria da parte dell'aderente.

CODICE IBAN COMPILARE INTEGRALMENTE:

IT / / / / /

Banca e Filiale: _____ Intestato a: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ, DI ESSERE IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI RICHIESTI DALLA NORMATIVA VIGENTE PER L'ESERCIZIO DELL'OPZIONE PRESCELTA.

E' CONSAPEVOLE, ALTRESI', DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL PREDETTO D.P.R., NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI.

IL SOTTOSCRITTO ACCETTA DI RICEVERE ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA INDICATO IL PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE E SI IMPEGNA A RICHIEDERNE COPIA IN CASO DI MANCATA RICEZIONE DELLO STESSO ENTRO UN MESE DALLA DATA DI ACCREDITO DELL'IMPORTO EROGATO (IN CASO DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO) O DI RICEZIONE DELL'ASSEGNO. ACCETTA, INOLTRE, DI RICEVERE IL MODELLO CU, SEMPRE PER POSTA ORDINARIA, ENTRO I TERMINI DI LEGGE, OSSIA ENTRO IL 28/02 DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DI EROGAZIONE E SI IMPEGNA, IN CASO DI MANCATA RICEZIONE A RICHIEDERNE COPIA ENTRO E NON OLTRE IL 31/03.

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA ALTRESI' L'UTILIZZO DEI PROPRI DATI, COME DA INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 679 DEL 2016 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI - UTILIZZO DEL SERVIZIO DI VERIFICA DI CONGRUITA' DEL CODICE IBAN, DISPONIBILE SUL SITO DI ALIFOND.

Data Compilazione:

Firma: _____

5. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

(compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

DENOMINAZIONE AZIENDA: _____ Codice Azienda: _____

Data cessazione attività lavorativa: _____ Aliquota TFR (solo "vecchi iscritti"): _____ %

*Quota esente fino al 31/12/2000: € _____

**Abbattimento base imponibile applicato dall'azienda dal 01/01/2000 al 31/12/2000 (solo nuovi iscritti): € _____

Residuo abbattimento da applicare (solo nuovi iscritti): € _____

***Importo ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione: € _____ Data ultimo versamento: _____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

*E' l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dall'aderente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare 100%. Qualora la quota esente non venga comunicata, il Fondo considererà esenti tutti i contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000.

** SU QUANTO MATURATO ENTRO IL 31/12/2000 SI DETERMINA NELLA MISURA DI € 309,87 (VECCHIE L. 600.000) PER ANNO DI CONTRIBUZIONE RAPPORTATE ALLA PERMANENZA NEL FONDO ED ALLA PERCENTUALE DI TFR VERSATO. DA INDICARE ESCLUSIVAMENTE PER I "NUOVI ISCRITTI". L'abbattimento/riduzione va ripartito, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo Pensione, e la coerenza tra l'abbattimento applicato dall'azienda con quello applicato dal Fondo (su segnalazione dell'azienda) è verificata dall'Agenzia delle Entrate sulle rispettive dichiarazioni 770. La comunicazione da parte del datore di lavoro del relativo importo è necessaria per consentire al Fondo Pensione il calcolo corretto della base imponibile: qualora non venga comunicato, il Fondo Pensione non riconoscerà alcun abbattimento all'aderente.

*** E' indispensabile segnalare sempre l'importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi azienda, dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato.

NOTA BENE:

- 1) L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata. In sostituzione della compilazione 5 a carico azienda, occorre allegare un documento Inps che attesti la data di entrata in pensione.
- 2) In caso fosse attiva una cessione del quinto o delega di pagamento con una società finanziaria, occorrerà allegare alla richiesta di liquidazione l'apposita liberatoria che confermi l'estinzione del debito; in caso contrario, se non estinguerà il debito l'azienda di appartenenza, sarà il Fondo ad intervenire erogando 1/5 dell'importo richiesto alla finanziaria stessa.
- 3) Per la parte in capitale, il Fondo provvede agli adempimenti conseguenti all'esercizio delle predette facoltà da parte dell'aderente entro il termine massimo di sei mesi dalla ricezione della richiesta completa.
- 4) In assenza della compilazione a carico azienda della sezione 5 allegare il documento Inps che attesti la data di entrata in pensionamento.

TABELLA TASSAZIONE EROGAZIONE PRESTAZIONE PENSIONISTICA CAPITALE E RENDITA

CAUSALE	RENDITA EROGABILE	MODULO DI RICHIESTA	NOTE
		EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE PENSIONISTICA	<p>l'aderente dovrà indicare, sempre nella sezione 2 del modulo di erogazione della prestazione pensionistica; la rendita prescelta tra le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendita semplice vitaliziainmediata 2. Rendita certa per 5 anni 3. Rendita certa per 10 anni 4. Rendita vitaliziareversibile 5. Rendita con maggiorazione per perdita autosufficienza 6. Rendita vitalizia concontroassicurazione. <p>E' possibile eseguire una stima utilizzando il motore "Calcola la Tua Rendita" presente nella home page del sito www.alifond.it.</p> <p>Qualora l'aderente, in possesso dei requisiti, richieda l'erogazione della prestazione pensionistica 100% capitale, ma dal conteggio della posizione risulti che possa richiedere solamente una parte in capitale e l'altra in rendita, sarà contattato dal Fondo al fine di eseguire la scelta della rendita.</p>
		LETTERA	
PENSIONAMENTO CON ISCRIZIONE AL FONDO SUPERIORE A 5 ANNI	100% CAPITALE	A	
	100% RENDITA	B	<p>In caso di erogazione della prestazione pensionistica verrà applicata la seguente tassazione:</p> <p><u>Parte in capitale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - posizione accumulata fino al 31/12/2006 tassazione separata; - posizione accumulata dal 01/01/2007 in poi tassazione definitiva 15%. <p><u>Parte in rendita:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fino al 31/12/00: all'87,50% della rendita è applicata l'aliquota marginale IRPEF. La tassazione è a titolo di acconto e la somma erogata andrà riportata nel 730 per l'eventuale conguaglio. La certificazione unica, inviata nel mese di marzo di ogni anno, riporterà la somma da dichiarare; - dal 01/01/01 al 31/12/06: alla rendita è applicata l'aliquota marginale IRPEF, con esclusione quindi della quota di rendita derivante dai risultati finanziari. La tassazione è a titolo di acconto e la somma erogata andrà riportata nel 730 per l'eventuale conguaglio. La certificazione unica, inviata nel mese di marzo di ogni anno, riporterà la somma da dichiarare; - dal 01/01/07: alla rendita è applicata l'aliquota dal 15% al 9%, in base all'anzianità di iscrizione. Sono esclusi dall'imponibile i rendimenti maturati, che sono tassati in capo al fondo all'20% ogni anno. La tassazione è a titolo definitivo.
	50% CAPITALE 50% RENDITA	C	
	CAPITALE..... % RENDITA..... %	D	

RICHIESTA DI APERTURA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA PER PRESTAZIONE PENSIONISTICA IN FORMA DI RENDITA

Contraente

Denominazione (nome Fondo Pensione)	Conv. vita n.	Codice Fiscale
Indirizzo		
CAP	Località	Provincia
Referente	Indirizzo e-mail	

Assicurato

Cognome	Nome	Sesso	Data di nascita
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Recapito telefonico	Indirizzo e-mail		
Documento di riconoscimento	Rilasciato da	il	

Domicilio (se diverso dall'indirizzo di residenza)

Indirizzo		
CAP	Località	Provincia

L'ASSICURATO CHIEDE

la liquidazione in forma di rendita nella misura del _____ % della prestazione maturata.

Tipologia di rendita immediata posticipata rivalutabile scelta:

(età assicurativa dell'assicurato compresa tra i 50 e gli 80 anni)

- ☐ A) Vitalizia

☐ B) Vitalizia con 5 annualità certe

☐ C) Vitalizia con 10 annualità certe

☐ D) Vitalizia Reversibile nella misura del ☐ 60%, ☐ 70%, ☐ 80%, ☐ 100%:
(età assicurativa del reversionario compresa tra i 40 e gli 80 anni)

☐ E) Vitalizia con controassicurazione in caso di decesso dell'Assicurato

☐ F) Vitalizia con raddoppio in caso di insorgenza di Non Autosufficienza ⁽¹⁾
(Qualora si opti per questa tipologia si ricorda di compilare il questionario sanitario previsto).

Frequenza di erogazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Bimestrale ☐ Mensile

(1) L'Opzione F prevede esclusivamente la rateazione Mensile, può essere richiesta solo qualora l'età assicurativa non superi i 75 anni ed è condizionata alla preventiva accettazione del rischio da parte della Società.

N.B.: l'erogazione della rendita è subordinata all'invio annuale del certificato di esistenza in vita dell'avente diritto; a tal fine la Società invierà apposita richiesta nella quale saranno riportate tutte le informazioni utili.

L'ASSICURATO RICHIEDE CHE IL PAGAMENTO SIA EFFETTUATO

con Bonifico Bancario sul c/c di seguito specificato:

IBAN (intestato o cointestato all'Assicurato)

[illegible]

Intestato a _____

Banca _____ filiale di _____

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione in caso di premorienza dell'assicurato, di cui al punto B) o C) in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) o il beneficiario dell'eventuale capitale residuo al momento del decesso di cui al punto E), nella persona di:

Cognome			Nome			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Data di nascita	
Luogo di nascita					Provincia	Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza									
CAP		Località						Provincia	
Recapito telefonico			Indirizzo e-mail						
Documento di riconoscimento				Rilasciato da					i

Si ricorda che nel caso delle opzioni B), C) ed E) il beneficiario delle prestazioni di caso di decesso dell'Assicurato che avvenga rispettivamente entro 5, 10 anni o in qualsiasi momento, può essere sempre modificato e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Nel caso dell'opzione D) il reversionario indicato con la presente richiesta non è successivamente modificabile.

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni sotto la propria esclusiva responsabilità, è consapevole, delle sanzioni penali di cui all'art.76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo/Compagnia in Convenzione, unitamente alle comunicazioni e ai conteggi di liquidazione della prestazione previdenziale

Da allegare la seguente documentazione per l'Assicurato e il Beneficiario/Reversionario (ove previsto):

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- questionario sanitario dell'Assicurato (solo in caso di esercizio dell'opzione F).

Luogo e data

Firma Assicurato

Luogo e data

Firma Responsabile Fondo Pensione

Contraente

Denominazione

Codice Fiscale

QUESTIONARIO SANITARIO *(da compilarsi integralmente a carico del sottoscrittore)*

Io sottoscritto

Nato il

a

Prov

Codice Fiscale

ai fini dell'efficacia della garanzia fornisco le risposte al seguente questionario.

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

	SI	NO	Tipo esame, patologia, descrizione, anno ed esito
1) Negli ultimi 3 anni ha effettuato esami ematochimici? Se SI quali sono risultati con valori fuori della norma? (ne indichi il valore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) Negli ultimi 5 anni ha effettuato accertamenti di diagnostica strumentale o per immagini? Se SI quali e con quale esito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) Ha sofferto o soffre di malattie (oppure è stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali etc., per una delle seguenti malattie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a. dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. dell'apparato cardio - circolatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. neurologiche e psichiatriche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. endocrine e metaboliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. dell'apparato uro - genitale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. tumori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) Fa uso abituale di (se SI indichi la quantità mediagioraliera):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a. tabacco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. stupefacenti / allucinogeni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) Gode di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Necessita di apparecchiature o dell'aiuto o della presenza di un'altra persona per lo svolgimento di attività della vita quotidiana quale vestirsi e svestirsi, lavarsi, cucinare, mangiare, andare alla toilette, entrare ed uscire dal letto, gestire le funzioni della vescica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) Misure somatiche			Altezza: cm _____ peso Kg. _____

Ha un medico curante abituale e/o di famiglia? (specificare Nome, Cognome e recapito)

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Firma dell'Assicurando

Dichiarazioni dell'Assicurando

Il sottoscritto

- dichiara ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nel presente questionario, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ha taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno dello stesso, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse anche se scritte da altri;
- dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del C.C. che il presente questionario deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con UnipolSai Assicurazioni S.p.A.;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsente che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto.

Firma dell'Assicurando

Luogo e data**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Informativa all'interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, estremi documento di riconoscimento e riferimenti bancari,) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), qualora siano indispensabili per consentire alla nostra Società di procedere alla liquidazione della polizza Vita di cui Lei è Contraente o Beneficiario.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per la gestione ed esecuzione di quanto sopra⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza ⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di procedere alla liquidazione come da Sua richiesta.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto se necessari per poter procedere alla liquidazione e dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁷⁾.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁸⁾.

I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati..
- Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., per la liquidazione delle competenze, Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; ; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari; periti; legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.