

1° Titolare Effettivo

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

COMUNE DI NASCITA

PROV.

PAESE

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

CITTADINANZA

SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

PROV.

PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO

PRESSO (facoltativo)

COMUNE DI DOMICILIO

CAP

PROV.

PAESE

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento

Data rilascio

Data scadenza

Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta)

 SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

 No Politico/istituzionale Societario Associazioni Fondazioni

COD. PROFESSIONE

PRECEDENTE PROFESSIONE (se censurato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)

PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____% Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____% Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a _____% Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

 SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)**Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato**

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

 SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

2° Titolare Effettivo

COGNOME			NOME			SESSO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA				SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No Politico/istituzionale Societario Associazioni Fondazioni

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se censurato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Fiduciante |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari a ____% | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

3° Titolare Effettivo

COGNOME			NOME			SESSO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
COMUNE DI NASCITA		PROV.	PAESE	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CITTADINANZA				SECONDA CITTADINANZA			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

INDIRIZZO DI RESIDENZA		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI RESIDENZA		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI DOMICILIO		PRESSO (facoltativo)	COMUNE DI DOMICILIO		CAP	PROV.	PAESE
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento	Data rilascio	Data scadenza	Ente e località rilascio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No Politico/istituzionale Societario Associazioni Fondazioni

COD. PROFESSIONE	PRECEDENTE PROFESSIONE (se censurato)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza)	PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee) |
| <input type="checkbox"/> Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a ____% | <input type="checkbox"/> Fiduciante |
| <input type="checkbox"/> Controllo maggioranza voti esercitabili pari a ____% | <input type="checkbox"/> Beneficiario individuato |
| <input type="checkbox"/> Controllo con influenza dominante | <input type="checkbox"/> Disponente/Fondatore |

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

4° Titolare Effettivo

COGNOME NOME SESSO M F

COMUNE DI NASCITA PROV. PAESE DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

CITTADINANZA SECONDA CITTADINANZA

INDIRIZZO DI RESIDENZA PRESSO (facoltativo) COMUNE DI RESIDENZA CAP PROV. PAESE

INDIRIZZO DI DOMICILIO PRESSO (facoltativo) COMUNE DI DOMICILIO CAP PROV. PAESE

Tipo di documento: Carta d'identità Patente auto Passaporto

Numero documento Data rilascio Data scadenza Ente e località rilascio

P.E.P. (Persona Politicamente Esposta) SÌ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP:

(es. amministratori locali, ruoli apicali in pubbliche amministrazioni, consorzi o associazioni di natura pubblica)

No Politico/istituzionale Societario Associazioni Fondazioni

COD. PROFESSIONE PRECEDENTE PROFESSIONE (se censurato)

PROVINCIA ATTIVITÀ PREVALENTE (se diversa da residenza) PAESE ATTIVITÀ PREVALENTE (se diverso da italia)

TAE

Qualifica di Titolare effettivo (se contraente è diverso da persona fisica):

- Proprietà diretta di persona giuridica con quota pari a _____% Titolare di potere di amministrazione o direzione (anche trustee)
- Proprietà indiretta di persona giuridica con quota pari a _____% Fiduciante
- Controllo maggioranza voti esercitabili pari a _____% Beneficiario individuato
- Controllo con influenza dominante Disponente/Fondatore

Dichiarazione U.S. Person relativa al titolare effettivo sopra indicato:

Il sottoscritto dichiara che il titolare effettivo è cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

Dichiarazione C.R.S. (Common Reporting Standard) relativa al Titolare effettivo sopra indicato

Ha residenze fiscali fuori dall'Italia?

SÌ NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle) Se SÌ, indicare:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle Dichiarazioni sopra rilasciate.

Dichiarazioni del Contraente o Esecutore per conto del Contraente

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO CHE FORNISCE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il sottoscritto Contraente (o Esecutore per conto del Contraente):

- dichiara di aver ricevuto, in tempo utile ai fini della comprensione del prodotto e prima della sottoscrizione della presente proposta, il set informativo indicato sul frontespizio composto dal documento contenente le informazioni chiave (KID), dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo relativo ai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle condizioni di assicurazione, comprensive delle definizioni, e dal modulo di proposta.
- dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta, il documento recante l'informativa sul distributore (conforme al modello di cui all'allegato 3 del Reg. Ivass n. 40/2018) e il documento recante le informazioni sulla distribuzione del prodotto d'investimento assicurativo (conforme al modello di cui all'allegato 4 bis del Reg. Ivass n.40/2018) nonché, in caso di offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il documento recante l'elenco delle regole di comportamento del distributore, conforme al modello di cui all'allegato 4 ter del Reg. Ivass n. 40/2018).
- dichiara di aver ricevuto, prima che l'operazione sia stata effettuata, idonea dichiarazione attestante:
 - che il prodotto è coerente con i propri bisogni assicurativi e le proprie esigenze di copertura;
 - nell'ambito del servizio di consulenza prestato da Genertel, che lo stesso è adeguato in quanto risponde alle proprie preferenze, ai propri obiettivi ed alle proprie caratteristiche;
 - che il prodotto è coerente con le proprie preferenze di sostenibilità espresse oppure che la propria scelta è ricaduta su di un prodotto diverso per le motivazioni addotte in fase di consulenza.
- dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposto "Form W-9".

SI NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

A seguito dell'entrata in vigore in Italia della normativa statunitense F.A.T.C.A. (Foreign Account Tax Compliance Act), le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali americane (I.R.S.), tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da cittadini statunitensi o soggetti che hanno residenza fiscale negli Stati Uniti per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità statunitense. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche ed una autocertificazione, sottoscritta dal Contraente, riportate nel presente Modulo di Proposta. Si precisa che i dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato prima della conclusione del contratto.

• dichiara (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

di NON avere residenze fiscali fuori dall'Italia;

di avere residenze fiscali fuori dall'Italia di cui specifica i seguenti dettagli:

Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
 Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
 Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____
 Paese _____ Codice identificativo fiscale estero del soggetto _____

A seguito dell'emanazione della legge di ratifica dell'IGA Italia ai fini FATCA che include i primi obblighi CRS, le imprese assicurative sono tenute a comunicare alle autorità fiscali dei paesi che hanno aderito all'accordo, tramite l'Agenzia delle Entrate in Italia, le polizze vita sottoscritte da soggetti che hanno residenze fiscali all'estero per verificarne l'assoggettabilità alla fiscalità di quei paesi. La Compagnia è pertanto obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni anagrafiche e una autocertificazione sottoscritta dal Contraente (se persona fisica) o dall'Esecutore (per soggetti diversi da persone fisiche), riportate nel presente Modulo di Proposta. I dati raccolti saranno oggetto di adeguata verifica da parte della Compagnia e nel caso in cui venga rilevata qualche incongruenza, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriori informazioni all'interessato. Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società qualsiasi cambiamento di circostanze che incida sulle informazioni rilasciate nel presente modulo.

- dichiara sotto la propria responsabilità, dopo aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D.Lgs n. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi, che quanto affermato e riportato nei campi della presente Proposta di assicurazione corrisponde al vero e di aver fornito tutte le informazioni necessarie ed aggiornate ai fini dell'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela. Dichiara altresì di aver fornito ogni informazione necessaria ai fini dell'individuazione del titolare effettivo e di impegnarsi a comunicare ogni modifica e/o aggiornamento delle informazioni rese. **Dichiara**, infine, che l'entità giuridica opera con finalità e modalità conformi all'oggetto sociale.
- **proscioglie** dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Compagnia fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.
- **dichiara** di accettare le Condizioni di Assicurazione, di aver attentamente letto le Condizioni di Assicurazione riguardanti le prestazioni in quote assicurate e di essere consapevole del fatto che, relativamente a tali prestazioni, l'Impresa di assicurazione non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo e che pertanto il contratto comporta rischi finanziari riconducibili all'andamento del valore delle quote stesse.

X _____
 Firma Contraente o Esecutore per conto del Contraente

Il sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente), dichiara:

- che i dati riportati in Proposta sono corretti.
- di prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituzioni in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. **Acconsente** inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.

X _____
 Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i Suoi dati personali⁽¹⁾, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertel S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative, la Sua propensione al rischio e per offrirle consulenza sui prodotti assicurativi;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);⁽²⁾
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;⁽²⁾
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;⁽²⁾
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere, mentre per le finalità di cui alle lettere (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, a porre in essere una corretta gestione e a monitorare e poter dimostrare la certezza delle prestazioni e la qualità dei servizi erogati. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio nonché rispondente ad obblighi normativi in relazione ai dati acquisiti durante l'audio/videoconferenza ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati per fini di ricontatto

La informiamo che i Suoi dati personali, identificativi e/o di contatto, da Lei forniti sul nostro sito in qualità di soggetto interessato ai nostri prodotti assicurativi, saranno trattati da Genertel S.p.A. per inviarLe materiale informativo e farLa ricontattare da un nostro consulente per ricevere maggiori informazioni sul prodotto per il quale ha manifestato il suo interesse. Tale trattamento dei Suoi dati personali verrà svolto per le finalità di cui ai punti (i) e (ii).

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato e sondaggi, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app e web, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel, e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta di Genertel.
- 2) per la cessione alle altre società del Gruppo Generali* e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario, assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing, quali l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato anche mediante tecniche di comunicazione email, sms, instant messaging e notifiche via app e web.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertel S.p.A., via Machiavelli 4, 34132 Trieste; e-mail: privacy@genertel.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a RPD.it@general.com e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente, per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

Comunicazione dei Dati

I Suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Autorizzati al trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE⁽³⁾.

Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa⁽⁴⁾, alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente, anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.genertel.it.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, immagini video e audio acquisiti durante videoregistrazione, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri (anche nel caso in cui la denuncia di sinistro venga effettuata tramite videochiamata o videoregistrazione) o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, artigiani, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informativi, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortunati, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consorzi (ANIA, Mefop, Assoprevi-denza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

⁽⁴⁾Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

La mia privacy

Preso atto dell'Informativa, AUTORIZZO il trattamento dei miei dati personali

Autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per finalità di marketing e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione:

Autorizzo

Non autorizzo

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per la cessione alle società del Gruppo Generali (Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion) e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario, assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing:

Autorizzo

Non autorizzo

Firme di sottoscrizione

_____ X _____ X _____
 Data e luogo Firma Contraente (o Esecutore) Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

FAC - SIMILE