

Rif. Banca erogatrice del Finanziamento
 Filiale n°: _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 C.A.P. _____ Città _____
 Referente: _____
 Tel: _____ Fax: _____
 e-mail: _____

A: **UNICREDIT ALLIANZ VITA S. p. A.**
Bancassurance Vita
Piazza Tre Torri, 3 – 19° Piano
20145 MILANO
 Tel. 02 7216.7700
 E-mail: liquidazioni.collettive@unicreditallianzvita.it

MODULO DENUNCIA SINISTRO per DECESSO ASSICURATO
Polizze Vita CPI

Relativo al Contratto di Finanziamento (Mutuo/Prestito) N. _____

Si richiede di compilare da parte della Filiale bancaria di competenza il presente modulo, seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate, e trasmetterlo alla Compagnia unitamente alla documentazione richiesta.

Per ogni informazione necessaria, preghiamo di scrivere o telefonare ai recapiti indicati nell'intestazione da martedì a giovedì dalle ore 09:30 alle ore 12:00.

Documenti consegnati alla presentazione della Denuncia

Si prega di indicare la documentazione presentata allo sportello bancario a cura dell'avente diritto:

- Certificato di morte dell'Assicurato/a rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice
- Certificato di constatazione del decesso e delle cause dello stesso
- Questionario medico facente parte del presente modulo, compilato e sottoscritto in ogni parte dal medico curante
- Copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale, che riporti soprattutto l'anamnesi patologica remota
- Copia del verbale emesso dalle Autorità Giudiziarie intervenute in caso di incidente, morte violenta o accidentale
- Ogni ulteriore documentazione utile alla valutazione del sinistro
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del/dei richiedenti/beneficiari

Documentazione da produrre da parte dell'Istituto di credito:

- Certificazione del capitale residuo risultante dal piano di ammortamento alla data del sinistro e
- copia del piano di ammortamento bancario originario
- Dichiarazione di adesione al Programma Assicurativo completa della "Dichiarazione sullo stato di salute" sottoscritta dall'Assicurato/del Questionario Sanitario compilato su apposito modulo**

Unicredit Allianz Vita informa che in caso di **particolari difficoltà** nel reperire la documentazione sanitaria o relativa alle circostanze di decesso necessaria per la richiesta di liquidazione è possibile conferire mandato alla Compagnia stessa affinché, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si attivi per il suo recupero. Per ricevere informazioni al riguardo contattare la Compagnia agli indirizzi riportati in calce.

Esclusivamente per ADESIONI SUCCESSIVE all'1/04/2012 (o in caso di surroga o estinzione del prestito), si prega di indicare gli ALLEGATI presentati allo sportello bancario:

- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ AUTENTICATA E RILASCIATA DAL BENEFICIARIO NOMINATO O EREDE BENEFICIARIO con l'elenco degli eredi, la loro età, capacità giuridica, e la precisazione che non ve ne sono altri oltre a quelli indicati, e se l'Assicurato è deceduto lasciando testamento

- VERBALE DI PUBBLICAZIONE DEL TESTAMENTO OLOGRAFO o VERBALE DI REGISTRAZIONE DEL TESTAMENTO PUBBLICO (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' che dovrà indicarne gli estremi identificativi e che il TESTAMENTO E' L'ULTIMO, VALIDO E MAI IMPUGNATO
- Copia del DOCUMENTO D'IDENTITA' in corso di validità e CODICE FISCALE del/dei beneficiari
- Copia del DOCUMENTO D'IDENTITA' in corso di validità dell'esecutore e dei titolari effettivi, se presenti (se beneficiario persona fisica)
- Copia della VISURA CAMERALE SOCIETARIA AGGIORNATA con le modifiche derivanti dall'evento denunciato (se beneficiario persona giuridica)
- Copia del DOCUMENTO D'IDENTITA' in corso di validità e CODICE FISCALE del legale rappresentante, dell'esecutore e dei titolari effettivi (se beneficiario persona giuridica)
- In caso la persona giuridica beneficiaria sia Trust/Società Fiduciaria/Fondazione la Compagnia richiederà la documentazione prevista dalla normativa applicabile
- Compilare il Questionario Antiriciclaggio, facente parte del presente modulo, sottoscritto da ciascun Beneficiario

A seguito della verifica della documentazione sopra indicata, la Compagnia si riserva di richiedere eventuale integrazione di documenti, specificandone la motivazione, in presenza di situazioni particolari, per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie ovvero al fine di dare adempimento a specifiche disposizioni normative. Effettuate tutte le verifiche, la Compagnia mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo documento che completa la pratica.

Si ricorda infine che, qualora le informazioni fornite risultassero non veritiere, inesatte o parzialmente incomplete, le tempistiche di liquidazione potranno subire dei ritardi, protrahendosi fino al completamento dell'istruttoria relativa al sinistro.

La presente denuncia si riferisce al sinistro avvenuto il ___/___/___ a seguito di **DECESSO** dell'Assicurato

Dati dell'ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___/___/___ Luogo _____ Sesso ___ Codice Fiscale _____

Domiciliato in _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Dichiarazione del BENEFICIARIO persona fisica o dell'Avente Causa

Io Sottoscritto/a _____ Data di nascita ___/___/___

Sesso ___ Codice Fiscale _____

Residente in _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. ___ Stato _____

Domiciliato in (se diversa dalla residenza)

Luogo _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. ___ Stato _____

Indirizzo di corrispondenza (se diversa dalla residenza):

Luogo _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. ___ Stato _____

Documento d'Identità

Tipo di documento: _____ Numero: _____

Comune / luogo di rilascio: _____

Data rilascio: _____ Data scadenza: _____

Ente rilascio documento: _____

dichiaro di inoltrare la presente denuncia di sinistro in qualità di _____ della persona deceduta

Telefono _____ E-Mail _____

Il cliente desidera avvalersi della possibilità di ricevere le comunicazioni delle compagnie mediante tecniche di comunicazione digitale

Firma _____ Data ____ / ____ / _____

Modalità di pagamento

Bonifico bancario a favore del/dei seguenti beneficiari:

Cognome e Nome _____

IBAN _____

Il conto corrente è cointestato con:

1. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

2. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

3. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

Firma _____ data ____ / ____ / _____

LIQUIDAZIONE PER SINISTRO
PRODOTTO CREDIT PROTECTION – BENEFICIARIO PERSONA FISICA
Modulo di integrazione dati antiriciclaggio

Il sottoscritto, in qualità di **Beneficiario**

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Convenzione n. _____ relativa al prodotto vita di UniCredit Allianz Vita _____

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA FISCALE - Il sottoscritto dichiara:

A) di essere cittadino: Italiano Altro Stato (indicare Stato) _____

B) di essere fiscalmente residente¹ in: Italia Altro Stato (indicare Stato) _____

Il cliente dichiara di essere una US PERSON a fini fiscali – ITIN: _____

Il cliente dichiara di fare riferimento ad uno Stato diverso dall'Italia e dagli U.S.A a fini fiscali;
Codice Fiscale Estero _____

Il cliente dichiara di non rientrare nelle due categorie sopra elencate

C) numero di telefono fisso: _____ numero di cellulare: _____

DICHIARAZIONI EX D. Lgs 231/07 e s.m.i. Il sottoscritto:

a) dichiara di essere non essere persona politicamente esposta

in caso di risposta affermativa indicare:

a1) in merito alla relazione/rapporto tra l'aderente e sé stesso beneficiario il tipo di legame è: _____

a2) carica in vigore o cessata da meno di un anno _____

a3) se la PEP non è il beneficiario, indicare i dati del familiare/soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP

Codice Fiscale: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia di nascita: _____

Stato di nascita: _____

b) Nazione di destinazione dei Fondi :

Italia

Stati UE

Stati extra EU - Specificare: _____

c) Il beneficiario opera per conto terzi SI NO

d) Settore attività economica dell'Aderente SAE: _____

e) Tipologia Attività Economica TAE: _____

f) Professione: _____ Attività: Pubblico / Privato _____

Nazione di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Provincia di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Il beneficiario ha relazioni di affari con:

- Soggetti residenti in Italia
- Soggetti residenti in stati UE
- Soggetti residenti in stati extra UE - Specificare: _____

g) di essere consapevole che tutte le informazioni fornite col presente modulo sono state rilasciate sotto la mia responsabilità e di aver ricevuto informativa di legge circa il trattamento dei dati personali sopra riportati e di impegnarsi a comunicare tempestivamente - e comunque nel termine massimo di 30 giorni - alla Compagnia, qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con il presente documento.

X

Luogo e data

X

Firma del soggetto Dichiarante

Sezione 1: ESECUTORE (solo se persona diversa dal Beneficiario)

1) DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____ CF: _____
Sesso: _____ Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
Provincia di nascita: _____ Stato di nascita: _____

2) RESIDENZA

Indirizzo di residenza: _____
CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____ Stato di residenza: _____

3) DOMICILIO

Indirizzo di residenza: _____
CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____ Stato di domicilio: _____

4) DOCUMENTO D'IDENTITA'

Tipo di documento: _____ Numero: _____
Comune / luogo di rilascio: _____
Data rilascio: _____ Data scadenza: _____
Ente rilascio documento: _____

Telefono _____ E-Mail _____

Il cliente si avvale della possibilità di ricevere comunicazioni dalle Compagnie mediante tecniche di comunicazione digitale

5) ANTIRICICLAGGIO ESECUTORE

DICHIARAZIONI EX D.Lgs 231/07 e s.m.i. Il sottoscritto:

a) dichiara di essere non essere persona politicamente esposta

in caso di risposta affermativa indicare:

a1) in merito alla relazione/rapporto tra l'aderente e sé stesso beneficiario il tipo di legame è: _____

a2) carica in vigore o cessata da meno di un anno _____

a3) se la PEP non è il beneficiario, indicare i dati del familiare/soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP

Codice Fiscale: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia di nascita: _____

Stato di nascita: _____

b) Settore Attività Economica SAE: _____

c) Tipologia Attività Economica TAE: _____

d) Professione: _____

Attività: Pubblico Privato

Nazione di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Provincia di svolgimento dell'attività prevalente: _____

L'esecutore ha relazioni di affari con:

Soggetti residenti in Italia

Soggetti residenti in stati UE

Soggetti residenti in stati extra UE – Specificare: _____

e) Quale relazione tra il beneficiario e l'esecutore? _____

I poteri dell'esecutore sono desunti dalla seguente fonte: _____

In qualità di: _____

f) di essere consapevole che tutte le informazioni fornite col presente modulo sono state rilasciate sotto la mia responsabilità e di aver ricevuto informativa di legge circa il trattamento dei dati personali sopra riportati e di impegnarsi a comunicare tempestivamente - e comunque nel termine massimo di 30 giorni - alla Compagnia, qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con il presente documento.

X

X

Luogo e data

Firma del soggetto Esecutore

LIQUIDAZIONE PER SINISTRO
PRODOTTO CREDIT PROTECTION – BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA
Modulo di integrazione dati antiriciclaggio

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Denominazione/Ragione Sociale/Ditta _____

_____ **Partita IVA** _____ **Codice Fiscale (obbligatorio anche se identico alla P.IVA)**

Indirizzo di residenza (Sede Legale) _____ CAP: _____ Comune: _____
Provincia: _____ Stato: _____

Indirizzo di corrispondenza (se diversa da Sede Legale): _____
Luogo _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. __ Stato ____

Telefono _____ E-Mail _____

Il cliente si avvale della possibilità di ricevere comunicazioni dalle Compagnie mediante tecniche di comunicazione digitale

Modalità di pagamento

Bonifico bancario a favore del/dei seguenti beneficiari:

Denominazione/Ragione Sociale/Ditta _____

IBAN _____

Il conto corrente è cointestato con:

1. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

2. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

3. Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Relazione con il beneficiario _____

Firma _____ data __/__/_____

ANTIRICICLAGGIO /FACTA PER BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale / Partita IVA della Sede fiscale: _____
Sede amministrativa / fiscale: _____
Codice ITIN : _____
Nazione di costituzione società: _____
Altra sede fiscale: _____
Codice Fiscale / Partita IVA dell'altra Sede fiscale: _____
Tipo Società: _____
Tipologia Società: _____
Codice GIIN: _____
Se selezionato Istituto Finanziario specificare: _____
Se selezionato Istituto NON Finanziario specificare: _____
Se selezionato Istituto NON Finanziario - Ente no Profit: _____
Tipologia Società: _____
Qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente? _____

La società emette azioni al portatore?

- SI
 NO

Regione sede legale: _____
Nazione svolgimento attività prevalente: _____
Provincia svolgimento attività prevalente: _____
SAE: _____
TAE: _____
ATECO: _____

Il beneficiario ha relazioni di affari con:

- Soggetti residenti in Italia
 Soggetti residenti in stati UE
 Soggetti residenti in stati extra UE - Specificare: _____

Area geografica di destinazione dei fondi:

- Italia
 Stati UE
 Stati extra EU - Specificare: _____

Quale relazione intercorre tra il Beneficiario e il Contraente : _____

Sezione 1: ESECUTORE (persona che agisce in nome e per conto della Persona Giuridica)

1) DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____ CF: _____
Sesso: _____ Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
Provincia di nascita: _____ Stato di nascita: _____

2) RESIDENZA

Indirizzo di residenza: _____
CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____ Stato di residenza: _____

3) DOMICILIO

Indirizzo di residenza: _____
CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____ Stato di domicilio: _____

4) DOCUMENTO D'IDENTITA'

Tipo di documento: _____ Numero: _____
Comune / luogo di rilascio: _____
Data rilascio: _____ Data scadenza: _____
Ente rilascio documento: _____

Telefono _____ E-Mail _____

Il cliente si avvale della possibilità di ricevere comunicazioni dalle Compagnie mediante tecniche di comunicazione digitale

5) ANTIRICICLAGGIO ESECUTORE

DICHIARAZIONI EX D.Lgs 231/07 e s.m.i. Il sottoscritto:

a) dichiara di essere non essere persona politicamente esposta

in caso di risposta affermativa indicare:

a1) in merito alla relazione/rapporto tra l'aderente e sé stesso beneficiario il tipo di legame è: _____

a2) carica in vigore o cessata da meno di un anno _____

a3) se la PEP non è il beneficiario, indicare i dati del familiare/soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP

Codice Fiscale: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia di nascita: _____

Stato di nascita: _____

b) Settore Attività Economica SAE: _____

c) Tipologia Attività Economica TAE: _____

d) Professione: _____

Attività: Pubblico [] Privato []

Nazione di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Provincia di svolgimento dell'attività prevalente: _____

L'esecutore ha relazioni di affari con:

- Soggetti residenti in Italia
 Soggetti residenti in stati UE
 Soggetti residenti in stati extra UE - Specificare: _____

e) Quale relazione tra il Beneficiario e l'Esecutore? _____

I poteri dell'esecutore sono desunti dalla seguente fonte: _____

In qualità di: _____

f) di essere consapevole che tutte le informazioni fornite col presente modulo sono state rilasciate sotto la mia responsabilità e di aver ricevuto informativa di legge circa il trattamento dei dati personali sopra riportati e di impegnarsi a comunicare tempestivamente - e comunque nel termine massimo di 30 giorni - alla Compagnia, qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con il presente documento.

X

X

Luogo e data

Firma del soggetto Esecutore

Sezione 2: LEGALE RAPPRESENTANTE

L'Esecutore coincide con il Rappresentante Legale?

- SI
 NO

In casi di risposta NO: compilare i campi sottostanti

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____ Sesso: _____

Luogo e data di nascita _____

Tipo e numero documento di identità _____

Ente e luogo del rilascio _____ Data di rilascio _____ Data scadenza _____

Indirizzo di residenza _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Nazione di residenza _____ Cittadinanza _____ Nazione residenza Fiscale _____

Il rappresentante legale dichiara di

- Essere persona politicamente esposta
 Non essere persona politicamente esposta

in caso di risposta affermativa indicare

1) in merito alla relazione/rapporto tra il legale rappresentante e sé stesso beneficiario il tipo di legame è: _____

2) Carica in vigore o cessata da meno di un anno _____

3) Se la PEP non è il legale rappresentante, indicare i dati del familiare / soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP

Codice Fiscale: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia di nascita: _____

Stato di nascita: _____

X

X

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

Sezione 3: TITOLARE EFFETTIVO

Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Sesso: _____
data di nascita _____ Luogo di nascita _____ CAP _____ Provincia di nascita _____ Stato _____
Tipo documento di identità _____ numero _____
Ente e luogo del rilascio _____ Data di rilascio _____ Data scadenza _____
Indirizzo di residenza _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
Nazione di residenza _____ Cittadinanza _____ Nazione residenza Fiscale _____

Il domicilio abituale coincide con la residenza? SI NO

Domicilio

Indirizzo di domicilio _____ Comune _____
CAP _____ Prov. _____ Nazione di domicilio _____

TAE: _____

PROFESSIONE: _____

Nazione di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Provincia di svolgimento dell'attività prevalente: _____

Il titolare effettivo ha relazioni di affari con:

- Soggetti residenti in Italia
- Soggetti residenti in stati UE
- Soggetti residenti in stati extra UE Specificare: _____

Il titolare effettivo dichiara di

- Essere persona politicamente esposta
- Non essere persona politicamente esposta

in caso di risposta affermativa indicare

1) in merito alla relazione/rapporto tra il titolare effettivo e sé stesso beneficiario il tipo di legame è: _____

2) Carica in vigore o cessata da meno di un anno _____

3) Se la PEP non è il titolare effettivo, indicare i dati del familiare / soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP

Codice Fiscale: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia di nascita: _____

Stato di nascita: _____

X

Luogo e data

X

Firma del Titolare Effettivo

Sezione 4: Dichiarazioni

- In caso di soggetto contraente, che il rapporto continuativo e le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi instaurati con la Compagnia sono effettuate per suo conto, quale intestatario di tali rapporti.
- essere stato informato che tutte le informazioni fornite ai fini antiriciclaggio e riportate sempre nel presente modulo sono state rilasciate, ai sensi del D.Lgs 231/07 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e che, in difetto di tali informazioni, la Compagnia non potrà instaurare alcun rapporto continuativo ovvero, per i rapporti già in essere, provvederà a estinguerli restituendo al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente - e comunque nel termine massimo di 30 giorni - alla Compagnia, qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con il presente documento

X

X

Luogo e data

Timbro società e firma del soggetto con i poteri di rappresentanza

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

(da compilare solo in caso in cui il soggetto sia in presenza dell'incaricato dell'Adeguata Verifica)

Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente richiesta sono state effettuate da

(Cognome e Nome)

Luogo e data

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza. Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine si precisa che la nostra Società debba acquisire (o già detenga) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati).

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è UniCredit Allianz Vita S.p.A., con sede a Milano in Piazza Tre Torri, 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali. La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@unicreditallianzvita.it, ove è disponibile anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: dpo@unicreditallianzvita.it.

2. Categorie di dati raccolti

UniCredit Allianz Vita S.p.A. deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (esempio Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) raccolti per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e **per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento**;
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).
-

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscano alla Società informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc. sono utilizzati da UniCredit Allianz Vita S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirle il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o la liquidazione di sinistri) e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati anche eventualmente comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.
- essere trasferiti e/o consultati dalle altre Società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC [2002] 9, che prevede che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative).

I dati degli interessati (dati personali, anche sensibili e giudiziari) saranno trattati e potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che UniCredit Allianz Vita S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui UniCredit Allianz Vita S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

UniCredit Allianz Vita S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche utilizzate per

la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati personali è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di rifiuto**, UniCredit Allianz Vita S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3. (Finalità del trattamento), i dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio. Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di fiducia che svolgano, per conto di UniCredit Allianz Vita S.p.A., compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di UniCredit Allianz Vita S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE, della catena distributiva, quali (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), società di servizi postali indicate nel plico postale, 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. I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da UniCredit Allianz Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. Si informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potranno essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, UniCredit Allianz Vita S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali. Nel caso l'interessato voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione potrà indirizzare richiesta a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - mail: privacy@unicreditallianzvita.it. In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, UniCredit Allianz Vita S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinino il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea. UniCredit Allianz Vita S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre, ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato

ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei titolari del trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di UniCredit Allianz Vita S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze, per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della normativa di riferimento;
9. contattare il DPO di UniCredit Allianz Vita S.p.A., ovvero il Garante della privacy.

7.a Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso. Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 02.72164259 – e-mail privacy@unicreditallianzvita.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, UniCredit Allianz Vita S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

Data

Nome, Cognome (o Denominazione) e Firma degli interessati per il consenso
