CNP Vita Assicura S.p.A.
via Arbe, 49 - 20125 Milano
www.gruppocnp.it
Pec cnpvita_assicura@legalmail.it

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE SINISTRO
BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA
CONVENZIONE CAPITELLO

INTERMEDIARIO: ASSIDIR S.r.l.

DATI IDENTIFICATIVI DEL CONTRAENTE - ASSICURATO

COGNOME E NOME _____ ADESIONE N. _____/_____/_____

C.F. _____

Luogo e data di nascita _____ (____) _____/_____/_____ sesso _____

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE-ASSICURATO

COGNOME E NOME/DENOMINAZIONE SOCIALE _____

C.F.* _____ P.IVA* _____ Società quotata: SI ☐ NO ☐

Attività Economica _____ Cod. SAE: _____ Cod. RAE: _____ Cod. ATECO _____

In caso di Ente No Profit/Onlus, qual è la classe di soggetti che beneficia delle attività svolte dall'Ente?

_____

N° Iscrizione Registro delle Imprese/REA_____

Luogo e data di Costituzione _____ (____) _____/_____/_____

Indirizzo Sede legale _____

Comune _____ (____) CAP _____ Paese _____

Domicilio presso _____ a _____ (_____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Corrispondenza presso _____ a _____ (_____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

** È obbligatorio compilare codice fiscale e partita IVA anche se coincidono*

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO IN CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE-ASSICURATO

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

Il BENEFICIARIO intratteneva rapporti professionali con l'Assicurato: SI ☐ NO ☐

Se "NO" indicare il rapporto tra le parti_____

ESISTE UN ESECUTORE DEL BENEFICIARIO? SI ☐ NO ☐

L'esecutore è il soggetto a cui siano stati conferiti i poteri di rappresentanza per operare in nome e per conto del Beneficiario. Se trattasi di soggetto NON persona fisica, si intendono i dati della persona fisica alla quale in ultima istanza sia attribuito il potere di agire in nome e per conto del Beneficiario. – **ALLEGARE DOCUMENTO DI NOMINA**

IN CASO DI "SI" FORNIRE I DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ESECUTORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) il ____/____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

In qualità di _____ del Beneficiario
(indicare la qualifica es. legale rappresentante/tutore/ADS/procuratore ecc.)

Recapito telefonico _____ e-mail _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

AUTOCERTIFICAZIONE COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il beneficiario dichiara di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazioni negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

(apporre la firma a fine della pagina successiva anche nel caso in cui sia stata barrata la casella "NO")

IN CASO DI RISPOSTA "SI", riportare nel seguente box i codici **NIF,** per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

Solo per le persone giuridiche, compilare le due classificazioni CRS e FATCA indicando una delle 3 casistiche proposte

CLASSIFICAZIONE ai fini CRS, il beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria*:**
- ☐ Entità di investimento con residenza fiscale in una giurisdizione non partecipante al CRS e gestita da altra entità finanziaria **(ATTENZIONE! FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTIVI DEL BENEFICIARIO)**
- ☐ Altra entità di investimento
- ☐ Istituzione finanziaria diversa da un'entità di investimento (istituzione di deposito, istituzione di custodia o impresa di assicurazioni specificata)
- ☐ Istituzione finanziaria non reporting, secondo la legislazione della giurisdizione di residenza (indicare la categoria) _____

☐ **2. Entità non Finanziaria Attiva*:**
- ☐ Active NFE - società di capitali quotata su uno o più mercati regolamentati o collegata a società quotata su uno o più mercati regolamentati (indicare il mercato di quotazione: _____)
- ☐ Active NFE - Entità Statale, Banca Centrale, Organizzazione Internazionale
- ☐ Active NFE - altra tipologia di Active NFE diversa delle precedenti

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva* (ATTENZIONE! FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTIVI DEL BENEFICIARIO)**

CLASSIFICAZIONE ai fini FATCA (per Entità non aventi residenza fiscale USA), il beneficiario dichiara di essere:

☐ **1. Entità Finanziaria non statunitense: l'Entità dichiara di essere una Istituzione Finanziaria non statunitense (FFI) e di qualificarsi come:**

- ☐ Reporting Italian Financial Institution (RIFI), con il seguente GIIN _____ oppure un'Istituzione Finanziaria Italiana sponsorizzata da un'entità sponsor avente il seguente GIIN _____
- ☐ Registered Deemed Compliant Italian Financial Institution (RDCIFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana considerata adempiente, tenuta a registrarsi presso l'IRS ed avente il seguente GIIN _____
- ☐ Certified Deemed Compliant Italian Financial Institution (CDCIFI)
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria Italiana a cui è stato revocato il GIIN, Di essere un'Istituzione Finanziaria non Italiana localizzata in uno Stato che ha sottoscritto un accordo IGA1 o IGA2 con gli Stati Uniti oppure un'Istituzione Finanziaria non Italiana che ha firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS, e di qualificarsi come:
  - ☐ Partner Jurisdictional Financial Institution (PJFI)
  - ☐ Participating Foreign Financial Institution (PFFI) e registrata presso l'IRS con il seguente GIIN _____
- ☐ Registered Deemed Compliant Foreign Financial Institution (RDCFFI), vale a dire un'Istituzione Finanziaria estera registrata considerata adempiente
- ☐ Certified Deemed Compliant Foreign Financial Institution (CDCFFI), vale a dire un'istituzione finanziaria estera certificata
- ☐ Exempt Beneficial Owner (EBO), vale a dire un beneficiario effettivo esente (specificare la tipologia di soggetto _____)
- ☐ Non Participating Financial Institution (NPFI)

☐ **2. Entità non Finanziaria Attiva non statunitense (Active NFFE)***

☐ **3. Entità Non Finanziaria Passiva non statunitense (Passive NFFE)* (ATTENZIONE! FORNIRE I DATI DI RESIDENZA FISCALE, TIN O NIF DEI TITOLARI EFFETTIVI DEL BENEFICIARIO)**

***** L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

Informativa ai fini FATCA – SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA

In caso di risposta NO, qualora tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA – risultino indizi di americanità, il Contraente dovrà fornire la seguente documentazione:

• documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);

• copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS – PER TUTTI I SOGGETTI

Il sottoscritto dichiara che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente ai titolari effettivi del rapporto dell'operazione.

_____ _____

Luogo e Data

Firma del Beneficiario/ Legale Rappresentante/Esecutore

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE SINISTRO

Il sottoscritto Beneficiario, in seguito al decesso del Contraente-Assicurato avvenuto in data

_____/_____/_____ a causa di:

☐ MORTE NATURALE ☐ MORTE DA MALATTIA ☐ MORTE DA INFORTUNIO ☐ MORTE VIOLENTA

CHIEDE:

la liquidazione della prestazione assicurativa per il caso di morte.

_____ _____

Luogo e Data

Firma del Beneficiario /
Legale Rappresentante / Esecutore

DICHIARAZIONE DI ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALE - PER PERSONE GIURIDICHE -

Ai fini di una corretta applicazione della tassazione, il sottoscritto dichiara che le somme rinvenienti dalla liquidazione:

☐ verranno incassate nell'esercizio di un'attività commerciale

☐ non verranno incassate nell'esercizio di un'attività commerciale, pertanto ai sensi del D.lgs n. 47/2000 la Compagnia procederà all'applicazione delle ritenute d'imposta e/o dell'imposta sostitutiva sui proventi costituenti reddito di capitale

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il Beneficiario della prestazione chiede che l'importo relativo alla liquidazione venga accreditato sul seguente conto corrente a lui intestato:

BANCA _____ FILIALE _____

IBAN |__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODICE BIC/SWIFT _____ (obbligatorio solo in caso di bonifico su c/c estero*)

Intestatario del conto _____

Si rammenta che il conto corrente deve essere intestato al Beneficiario della prestazione.

Qualora si rendesse necessario effettuare il pagamento su un conto corrente non intestato al Beneficiario sarà indispensabile far compilare e far sottoscrivere all'intestatario del conto corrente il modulo "Dati identificativi dell'intestatario del conto corrente".

Si ricorda inoltre al Beneficiario/Esecutore l'obbligo, ex art. 21 del D.lgs. 231/2007 e Regolamento IVASS n. 44/2019 di fornire tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire all'impresa di assicurazione e all'intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

Il sottoscritto Beneficiario/Esecutore, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze rilevanti del rilascio di informazioni mendaci, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto/operazione riprodotti negli appositi campi corrispondono al vero.

_____ _____

Luogo e Data

Firma del Beneficiario /
Legale Rappresentante / Esecutore

CNP ASSICURA

BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA: FORNIRE OBBLIGATORIAMENTE I DATI DEL/I TITOLARE/I EFFETTIVO/I

DATI IDENTIFICATIVI DEL 1° TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) il ____/____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Il titolare effettivo ha rapporti di parentela/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?

SI ☐ NO ☐ Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

DATI COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentante/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SI", riportare nel seguente box i codici **NIF,** per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

DATI IDENTIFICATIVI DEL 2° TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) il ____/____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Il titolare effettivo ha rapporti di parentela/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?

SI ☐ NO ☐ Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

DATI COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentante/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SI", riportare nel seguente box i codici **NIF,** per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

DATI IDENTIFICATIVI DEL 3° TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) il ____/____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Il titolare effettivo ha rapporti di parentela/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?

SI ☐ NO ☐ Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

DATI COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentante/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SI", riportare nel seguente box i codici **NIF,** per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

DATI IDENTIFICATIVI DEL 4° TITOLARE EFFETTIVO DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME _____ C.F. _____

Professione/attività prevalente _____

Codice SAE: _____ Codice RAE: _____ Codice TAE _____

Luogo e data di nascita _____ (____) il ____/____/_____ sesso _____

Nazionalità _____

Residente a _____ (____) via _____

CAP _____ Paese _____

Domiciliato presso _____ a _____ (____)
(se diverso da residenza)
via _____ CAP _____ Paese _____

Documento di identità _____ Numero_____

Rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Il titolare effettivo ha rapporti di parentela/convivenza o intrattiene rapporti professionali con il Beneficiario?

SI ☐ NO ☐ Se "NO" indicare il rapporto tra le parti _____

PEP SI ☐ NO ☐

Definizione PEP: persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o indiretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami. L'interessato potrà visionare la definizione completa nel documento "Informazioni aggiuntive" disponibile nella sezione "Documenti e Moduli" del sito internet dell'intermediario www.assidir.it.

DATI COMMON REPORTING STANDARD (CRS) e FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Il Beneficiario/Legale Rappresentante/Esecutore dichiara che il Titolare Effettivo ha la residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA ☐ **SI** ☐ **NO**

IN CASO DI RISPOSTA "SI", riportare nel seguente box i codici **NIF,** per residenza fiscale estera diversa da **USA**, se previsto, o **TIN**, corrispondente alla residenza fiscale USA.

STATO DI RESIDENZA FISCALE	CODICI NIF/ TIN	NEL CASO IN CUI IL NIF NON SIA DISPONIBILE, SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1		
2		

CITTADINANZA
1
2

COMPILAZIONE A CURA DELL'INTERMEDIARIO

MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ In presenza del Beneficiario ☐ In presenza del solo Esecutore

COMPORTAMENTO TENUTO DAL BENEFICIARIO/ESECUTORE AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE

☐ Normale

☐ Anomalo (riluttante e/o poco chiaro nel fornire informazioni sufficienti e/o adotta un comportamento inusuale)

L'intermediario dichiara di aver proceduto personalmente all'identificazione del firmatario della presente scheda secondo le modalità e nell'adempimento degli obblighi previsti dal d.lgs. 231/2007 e successive modificazioni.

_____	_____	_____
Luogo e Data	Cognome e Nome (stampatello) del Rilevatore	Timbro e Firma del Soggetto Abilitato all'intermediazione per la Compagnia*

** Per soggetto abilitato si intente il soggetto operante con mandato agenziale/accordo distributivo con la Compagnia, che autentica la firma del Beneficiario/Esecutore*

In caso di mancata compilazione, si intende che le informazioni relative al presente modulo sono state raccolte non in presenza del Beneficiario/Esecutore, pertanto, il comportamento di quest'ultimo non risulta rilevabile dall'Intermediario.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

La documentazione da allegare è indicata nel modulo denominato "ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE" fornito dall'intermediario ASSIDIR S.r.l.

MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Il presente modulo, corredato dagli allegati del paragrafo precedente, compilato e sottoscritto dal Beneficiario della prestazione, deve essere inviato:

- a mezzo RACCOMANDATA A.R., ad **ASSIDIR S.r.l. – Via Stoppani, 6 – 20129 MILANO** oppure
- tramite PEC all'indirizzo **assidir@pec.it** / **sinistri@assidir.it**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata a marzo 2025

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

La società CNP Vita Assicura S.p.A., con sede in via Arbe n. 49, 20125 Milano (MI), (di seguito, la "Società"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali relativi all'assicurato/aderente/beneficiario/contraente (di seguito l'"Interessato"), ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza ") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali si riferisce. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso il contraente/intermediario.

2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

La Società tratta i dati forniti dall'Interessato, ivi inclusi - qualora necessari per la prestazione dei servizi e/o esecuzione degli obblighi di cui alla Polizza - i dati relativi alla salute e i dati giudiziari.

Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet www.gruppocnp.it.

3. PER QUALI FINALITA' SONO TRATTATI I DATI?

La Società tratta i dati personali dell'Interessato per le seguenti finalità:

a) FINALITA' ASSICURATIVE: I dati personali dell'Interessato vengono trattati

- ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (compresa la valutazione del rischio assicurativo, effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'Interessato e l'esecuzione - anche tramite *call center* - di verifiche circa la conformità alla normativa applicabile dell'attività della rete distributiva di cui si avvale la Società) e
- per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti, la generazione, apposizione e verifica delle Firme elettroniche es. FEA). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.

b) FINALITA' PER ADEMPIMENTO AD OBBLIGHI LEGALI: i dati raccolti potranno essere trattati per adempiere ad un obbligo legale, come ad es. gli adempimenti previsti dalla normativa di settore applicabile, dati comunicati all'INPS o alle Autorità Fiscali per l'adempimento degli obblighi fiscali, all'Autorità di vigilanza per il settore assicurativo per l'adempimento dei suoi provvedimenti e delle normative regolamentari in tale ambito, alle autorità competenti in materia di antiriciclaggio e antifrode, ai soggetti autorizzati in materia di responsabilità amministrativa degli enti, per l'adempimento degli obblighi previsti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Security & Data Governance, Data Quality, Protezione del trattamento dei dati personali e per l'ottemperanza a provvedimenti giudiziali, per la generazione, apposizione e verifica delle Firme elettroniche (es. FEA).

c) ULTERIORI FINALITA': nei limiti in cui detti trattamenti non possano essere svolti tramite dati anonimi e fermo restando che i dati saranno trattati per la durata e nei limiti strettamente necessari per perseguimento di detta finalità;

- attività di test, di sviluppo applicativi, di sicurezza informatica e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
- reportistica e analisi statistiche dell'attività della rete distributiva per valutazione della performance della rete e invio comunicazioni informative agli intermediari;
- reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi e partecipazione a focus group consumatori;
- consultazione di sistemi di informazione creditizia per finalità connesse alla valutazione, all'assunzione o alla gestione di un rischio di credito, alla valutazione dell'affidabilità e della puntualità nei pagamenti dell'interessato, prevenzione del rischio di frodi e del furto d'identità;
- eseguire ricerche di mercato quali e quantitative del tipo Customer Satisfaction, Net Promoter Score in merito alla valutazione della qualità dei servizi erogati dalla catena assicurativa;
- miglioramento della Digital Customer Experience mediante supporto Chatbot;
- lo svolgimento di attività funzionali a cessioni di azienda e di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre operazioni straordinarie e per la relativa esecuzione;
- far valere o difendere un diritto anche da parte di un terzo in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e di conciliazione nei casi previsti dalle leggi, dalla normativa comunitaria, dai regolamenti o dai contratti collettivi
- analizzare esigenze specifiche dei clienti;
- tutela della reputazione aziendale;
- trasmettere dati tra le società CNP per gestire correttamente ed entro i termini le richieste della clientela;
- assicurare il corretto adempimento delle attività accessorie rispetto alla corretta liquidazione della polizza;
- assistenza per consentire ai clienti/beneficiari di usufruire delle prestazioni indicate nel contratto di assicurazione.

4. SU QUALE BASE VENGONO TRATTATI I DATI?

Il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute - è **obbligatorio** per adempiere ad obblighi di legge (paragrafo 3 b) e per le FINALITA' ASSICURATIVE (paragrafo 3 a), ovvero per poter stipulare ed eseguire la Polizza, nonché per gestire e liquidare eventuali sinistri denunciati, compresa la generazione, apposizione e verifica delle Firme elettroniche es. FEA. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità, o l'eventuale revoca, determinerà quindi l'impossibilità di stipulare o dare esecuzione alla Polizza.

Il trattamento per il perseguimento delle ULTERIORI FINALITA' (paragrafo 3 c) è eseguito ai sensi dell'articolo 6, lettera f), del Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (il "Regolamento Privacy"). Il trattamento per le tali Finalità non è obbligatorio e l'Interessato potrà opporsi a detto trattamento con le modalità di cui al successivo paragrafo 8, ma qualora l'Interessato si opponesse a detto trattamento, fatti salvi i casi in cui il Titolare detenga un motivo legittimo prevalente, i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le ULTERIORI FINALITA'.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, Società del Gruppo CNP Assurances SA, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare, compresi i servizi di fornitura della Firma elettronica (ad es. FEA); banche dati, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

Si segnala che alla luce del provvedimento n. 520 del 26 ottobre 2023, emanato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, la Società provvederà a comunicare i nominativi dei beneficiari delle polizze nei confronti dell'eventuale richiedente avente diritto.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Premessa la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, l'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento e gratuitamente:

a) avere accesso ai dati personali: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;

b) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediate strumenti elettronici;

c) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;

d) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento;

e) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;

f) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse;

g) chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:

- l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;

h) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;

i) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;

j) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano;

k) proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti, contatti: Garante per la Protezione dei Dati Personali Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, Fax: (+39) 06.69677.3785.

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via mail al seguente indirizzo: dpo_gruppocnp@legalmail.it, o tramite posta all'indirizzo della Società - Servizio Privacy, via Arbe n. 49, 20125, Milano. Al fine di semplificare il processo di riscontro delle richieste di accesso ai dati personali, si precisa che nel caso di esercizio dei diritti di cui al presente paragrafo, il richiedente è tenuto ad identificarsi trasmettendo copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale; nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio o di residenza a cui far pervenire il riscontro dell'interessato. Qualora l'interessato si avvalga di un legale rappresentante, perché la richiesta sia presa in carico, il legale rappresentante deve trasmettere copia della delega, copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale della persona che rappresenta, nel caso in cui la richiesta venga presentata a mezzo di posta ordinaria, è necessario trasmettere in forma leggibile e chiara l'indirizzo di domicilio.

9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

L'elenco completo dei responsabili è disponibile tramite l'invio di una richiesta scritta all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

La Società ha altresì nominato - ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, il responsabile della protezione dei dati personali che può essere contattato al seguente indirizzo di posta certificata: dpo_gruppocnp@legalmail.it, o all'indirizzo postale di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

10. TERMINE DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali raccolti ai sensi del paragrafo 3 a, b e c della presente informativa vengono conservati per un periodo pari alla durata della Polizza (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o anonimizzati.

11. MODIFICHE E AGGIORNAMENTI

La presente informativa è aggiornata alla data indicata nella sua intestazione. La Società potrebbe inoltre apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

L'Interessato potrà visionare il testo dell'informativa costantemente aggiornata nella sezione *Privacy* del sito internet www.gruppocnp.it.

Edizione 06_2025