

ATTENZIONE: l'adesione al FONDO PENSIONE APERTO CNP deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I "Informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità". La Nota Informativa e il Regolamento sono disponibili nella pagina del Fondo presente nella Sezione previdenziale del sito web www.gruppocnp.it e verranno consegnati in formato cartaceo solo su tua richiesta.

COD. PRODOTTO	AGENZIA	RETE BANCA	SPORTELLO	COLLOCATORE	MODULO DI ADESIONE N.
---------------	---------	------------	-----------	-------------	-----------------------

ADERENTE

COGNOME		NOME		CODICE FISCALE				SESSO	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.		CITTADINANZA			
RESIDENZA (Via e N. Civico)				C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.		STATO	
C.IDENT.	PASSAP.	PAT.GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.:	NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA
☐	☐	☐	☐						
PROFESSIONE				TITOLO DI STUDIO *		ATTIVITÀ ECONOMICA:			
						Sottogruppo ☐ Gruppo/Ramo ☐			
INDIRIZZO EMAIL						NUMERO CELLULARE			

* (scegliere tra: Titolo di studio mancante - Licenza elementare - Licenza media inferiore - Diploma professionale - Diploma media superiore - Diploma universitario / Laurea triennale - Laurea/Laurea magistrale - Specializzazione post laurea).

Sezione da compilare solo in caso di Aderente fiscalmente a carico

DATI DEL CONTRIBUENTE per il FISCALMENTE A CARICO

COGNOME		NOME		CODICE FISCALE				SESSO	
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV.		CITTADINANZA			
RESIDENZA (Via e N. Civico)				C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.		STATO	
C.IDENT.	PASSAP.	PAT.GUIDA	ALTRO	ESTREMI DOC.:	NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)		DATA SCADENZA
☐	☐	☐	☐						

☐ ADESIONE SU BASE INDIVIDUALE (barrare la/e casella/e interessata/e)

- ☐ con versamento del contributo a carico dell'Aderente
- ☐ attraverso il conferimento di TFR maturando
- ☐ con versamento del contributo a carico del datore di lavoro (nei limiti ed alle condizioni previste dagli accordi applicabili all'Aderente)
- ☐ l'adesione si realizza, in conformità alla normativa vigente, anche per effetto del trasferimento richiesto in data _____ della posizione individuale maturata nel (indicare tipologia e denominazione della forma pensionistica) _____

☐ CONVENZIONE NR. _____ con Associazione _____

☐ ADESIONE SU BASE COLLETTIVA (barrare la/e casella/e interessata/e)

- Tipologia di adesione collettiva: ☐ Contratti e accordi collettivi - regolamenti aziendali ☐ Accordi plurimi
- ☐ l'adesione si realizza, in conformità alla normativa vigente, anche per effetto del trasferimento richiesto in data _____ della posizione individuale maturata nel (indicare tipologia e denominazione della forma pensionistica) _____
- ☐ con versamento del contributo a carico dell'Aderente
- ☐ attraverso il conferimento di TFR maturando
- ☐ con versamento del contributo a carico del datore di lavoro (nei limiti ed alle condizioni previste dagli accordi applicabili all'Aderente)

ATTIVITÀ DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di essere (barrare la/e casella/e interessata/e):

- ☐ Lavoratore dipendente del settore privato ☐ Lavoratore dipendente del settore pubblico ☐ Soggetto fiscalmente a carico
- ☐ Lavoratore autonomo o libero professionista ☐ Soggetto diverso da quelli precedenti

DATI DELL'ADERENTE

L'Aderente dichiara di essere (barrare l'eventuale casella/e interessata/e):

- ☐ Lavoratore iscritto ad altra forma pensionistica complementare prima del 28/04/1993 e che successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale
- ☐ Lavoratore con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria:
- ☐ fino al 28/04/1993 ☐ dal 29/04/1993

Data di prima adesione ad una forma pensionistica complementare alla quale non sia seguito l'esercizio del diritto di riscatto totale _____

DATI DEL DATORE DI LAVORO (DA INDICARE SOLO NEL CASO VENGA PREVISTO IL CONFERIMENTO DEL TFR MATURANDO O IN CASO DI ADESIONE SU BASE COLLETTIVA)

RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA (*)	
CODICE FISCALE (*)	SETTORE DI ATTIVITÀ		
INDIRIZZO		N.	C.A.P.
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
INDIRIZZO EMAIL(**)		RECAPITO TELEFONICO	

(*) E' OBBLIGATORIO COMPILARE CODICE FISCALE E PARTITA IVA ANCHE SE COINCIDONO

(**) INSERIRE L'INDIRIZZO DELL'IMPRESA

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE¹

Il Questionario di autovalutazione è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale e ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento.

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA**1. Conoscenza dei fondi pensione**

- ☐ ne so poco
- ☐ sono in grado di distinguere, per grandi linee, le differenze rispetto ad altre forme di investimento, in particolare finanziario o assicurativo
- ☐ ho una conoscenza dei diversi tipi di fondi pensione e delle principali tipologie di prestazioni

2. Conoscenza della possibilità di richiedere le somme versate al fondo pensione

- ☐ non ne sono al corrente
- ☐ so che le somme versate non sono liberamente disponibili
- ☐ so che le somme sono disponibili soltanto al momento della maturazione dei requisiti per il pensionamento o al verificarsi di alcuni eventi personali, di particolare rilevanza, individuati dalla legge

3. A che età prevede di andare in pensione?

_____ Anni

4. Quanto prevede di percepire come pensione di base, rispetto al suo reddito da lavoro appena prima del pensionamento (in percentuale?)

_____ per cento

5. Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il suo sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione futura")?

- ☐ sì ☐ no

6. Ha verificato il paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione", della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota Informativa, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere una integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto della Sua situazione lavorativa?

- ☐ sì ☐ no

CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità della opzione di investimento scelta è necessario rispondere integralmente alle domande 7, 8 e 9.

7. Capacità di risparmio personale (escluso il TFR)

- ☐ Risparmio medio annuo fino a 3.000 Euro (punteggio 1)
- ☐ Risparmio medio annuo oltre 3.000 e fino a 5.000 Euro (punteggio 2)
- ☐ Risparmio medio annuo oltre 5.000 Euro (punteggio 3)
- ☐ Non so / non rispondo (punteggio 1)

8. Fra quanti anni prevede di chiedere la prestazione pensionistica complementare?

- ☐ 2 anni (punteggio 1) ☐ 5 anni (punteggio 2)
- ☐ 7 anni (punteggio 3) ☐ 10 anni (punteggio 4)
- ☐ 20 anni (punteggio 5) ☐ Oltre 20 anni (punteggio 6)

9. In che misura è disposto a tollerare le oscillazioni del valore della Sua posizione individuale?

- ☐ non sono disposto a tollerare oscillazioni del valore della posizione individuale accontentandomi anche di rendimenti contenuti (punteggio 1)
- ☐ sono disposto a tollerare oscillazioni contenute del valore della posizione individuale, al fine di conseguire rendimenti probabilmente maggiori (punteggio 2)
- ☐ sono disposto a tollerare oscillazioni anche elevate del valore della posizione individuale nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti (punteggio 3)

PUNTEGGIO OTTENUTO:

¹ Il "Questionario di autovalutazione" non deve essere compilato se l'Aderente è un minore.

Il punteggio va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del Comparto	• Garantito • Obbligazionario puro • Obbligazionario misto	• Obbligazionario misto • Bilanciato	• Bilanciato • Azionario

In caso di adesione a più comparti la verifica di congruità sulla base del "Questionario di autovalutazione" non risulta possibile ed è l'Aderente a dover effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.

Le seguenti attestazioni sono ALTERNATIVE fra loro:

L'Aderente attesta che il Questionario è stato compilato in ogni sua parte e che ha valutato la congruità o meno della propria scelta dell'opzione di investimento sulla base del punteggio ottenuto.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

L'Aderente, nell'attestare che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITÀ DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

SCELTA DEL COMPARTO DI INVESTIMENTO

*(Si consiglia di effettuare la scelta del Comparto di investimento dopo aver compilato il **Questionario di autovalutazione**)*

L'Aderente ha la possibilità di scegliere uno o più Comparti di Investimento tra i seguenti:

- ☐ Comparto Azionario (Categoria: AZIONARIO): % di investimento _____
- ☐ Comparto Obbligazionario (Categoria: OBBLIGAZIONARIO MISTO): % di investimento _____
- ☐ Comparto Bilanciato (Categoria: BILANCIATO): % di investimento _____
- ☐ Comparto con Garanzia di Restituzione del Capitale (Categoria: GARANTITO): % di investimento _____

(Comparto destinato al conferimento tacito del TFR)

(L'Aderente prende atto che, a norma del Regolamento, può inoltre riallocare la propria posizione individuale ed i flussi contributivi futuri tra i diversi Comparti, nel rispetto del periodo minimo di un anno dall'iscrizione ovvero dall'ultima riallocazione. Il limite del periodo di permanenza minimo non opera con riguardo al TFR conferito tacitamente.)

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

BENEFICIARI IN CASO DI VITA DELL'ADERENTE: L'ADERENTE

DESIGNATI AL RISCATTO IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE NELLA FASE DI ACCUMULO

- ☐ SOGGETTI CHIAMATI ALL'EREDITÀ (in parti uguali)
- ☐ I SEGUENTI SOGGETTI:

1.	NOMINATIVO / RAGIONE SOCIALE (IN CASO DI ENTE)			CODICE FISCALE		
	INDIRIZZO	C.A.P.	LOCALITÀ	PROV.		
	PERCENTUALE DI BENEFICIO:	ORDINE DI BENEFICIO				
2.	NOMINATIVO / RAGIONE SOCIALE (IN CASO DI ENTE)			CODICE FISCALE		
	INDIRIZZO	C.A.P.	LOCALITÀ	PROV.		
	PERCENTUALE DI BENEFICIO:	ORDINE DI BENEFICIO				

ADESIONE INDIVIDUALE**CONTRIBUZIONE A CARICO DELL'ADERENTE:**

Modalità di versamento del primo contributo: il contributo versato all'atto dell'adesione è pari a euro _____

Il pagamento del primo contributo viene effettuato mediante:

☐ assegno bancario/circolare emesso dal sottoscritto Aderente intestato ad FPA CNP

estremi identificativi dell'assegno: Azienda di credito _____

codice ABI _____ codice CAB _____ n. assegno _____

☐ bonifico bancario effettuato dall'Aderente sul conto corrente - intestato a CNP Vita Assicura S.p.A. - codice IBAN IT 95 G 03307 01719 000000001515 - specificando nella causale il nome dell'Aderente (allegare copia del bonifico effettuato dall'Aderente).

In caso di pagamento del contributo mediante bonifico bancario indicare rispetto al c/c di addebito:

generalità dell'intestatario _____ sesso dell'intestatario: ☐ M ☐ F

Paese dell'intestatario _____ IBAN del c/c di addebito _____

Modalità di versamento dei contributi successivi:

I contributi successivi al primo sono pari a euro _____ e sono versati con frequenza:

☐ mensile

☐ trimestrale

☐ semestrale

☐ annuale

L'Aderente si impegna a corrispondere i successivi importi, esclusivamente con procedura di addebito automatico sul conto corrente. Pertanto si impegna a compilare debitamente l'apposito modulo bancario allegato al presente Modulo di adesione.

I contributi annui a carico dell'Aderente verranno versati:

☐ in cifra fissa per un importo pari a euro _____

☐ in percentuale pari a:

Lavoratori autonomi e liberi professionisti - _____ % del reddito d'impresa o di lavoro autonomo dichiarato ai fini IRPEF relativo al periodo d'imposta precedente;

Lavoratori dipendenti - _____ % della retribuzione assunta a base della determinazione del T.F.R. (a carico del lavoratore)

Soci lavoratori di cooperative di produzione e lavoro - _____ % del _____
(indicare la base imponibile in base alla tipologia del rapporto di lavoro)

TFR E CONTRIBUTI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO:

Modalità di versamento del TFR e contributi a carico del datore di lavoro

In caso di conferimento alla presente forma pensionistica complementare del TFR maturando e dell'eventuale contributo a carico del datore di lavoro, i versamenti dovranno essere effettuati mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato a CNP Vita Assicura S.p.A. - codice IBAN IT 95 G 03307 01719 000000001515 - specificando nella causale il nome dell'Aderente e che i versamenti derivano da TFR maturando o da contributo a carico del datore di lavoro. Il TFR verrà conferito mensilmente.

Luogo e data _____

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

La data di valuta varia a seconda della tipologia del mezzo di pagamento utilizzato:

- in caso di bonifico bancario, la valuta è il giorno riconosciuto dalla banca ordinante;
- in caso di assegno bancario/circolare emesso da Unicredit Banca, la valuta è il giorno di presentazione del titolo da parte dell'impresa di assicurazione;
- in caso di assegno bancario/circolare, non emesso da Unicredit Banca, la valuta è il 3° giorno lavorativo successivo alla data di presentazione del titolo da parte dell'impresa di assicurazione.

ADESIONE COLLETTIVA**CONTRIBUTI DELL'ADERENTE, TFR E CONTRIBUTI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO:**

Modalità di versamento

Il pagamento dei contributi a carico dell'Aderente, a carico del datore di lavoro e/o il TFR viene effettuato con bonifico bancario sul conto corrente intestato a CNP Vita Assicura S.p.A. - codice IBAN IT 95 G 03307 01719 000000001515 - specificando nella causale il nome dell'Aderente e che i versamenti derivano da TFR maturando o da contributo a carico del datore di lavoro.

Le misure della contribuzione e la periodicità dei versamenti sono determinate dai contratti, accordi collettivi o regolamenti aziendali che dispongono l'adesione.

La data di valuta del bonifico bancario è il giorno riconosciuto dalla banca ordinante.

RECESSO

L'Aderente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dal momento della sottoscrizione del Modulo di adesione e contestuale versamento del relativo contributo. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e CNP Vita Assicura da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto. CNP Vita Assicura, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga antecedentemente al giorno di valorizzazione del contributo, il contributo versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga successivamente al giorno di valorizzazione, il contributo versato, maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote relativo al giorno di riferimento successivo alla data di ricevimento, da parte di CNP Vita Assicura, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di prima valorizzazione, moltiplicato per il numero delle quote attribuite.

AVVERTENZE

- Gli importi dei versamenti si intendono al lordo della spese a carico dell'Aderente di cui alla Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" e all'Art. 8 "Spese" del Regolamento del Fondo.
- non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle indicate.
- L'importo di ogni versamento, al netto delle spese a carico dell'Aderente di cui alla Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" e all'Art. 8 "Spese" del Regolamento del Fondo, diviso il valore unitario delle quote, relativo al giorno di riferimento, dei comparti di investimento prescelti, determina il numero di quote e le eventuali frazioni da attribuire ad ogni Aderente. Il giorno di riferimento è il giorno di valorizzazione immediatamente successivo a quello in cui CNP Vita Assicura ha ricevuto notizia certa della sottoscrizione (per il primo versamento) e sono decorsi i termini di valuta riconosciuti ai mezzi di pagamento. In ogni caso, CNP Vita Assicura si impegna a considerare i versamenti come disponibili per la valorizzazione entro 30 giorni dalla data in cui il soggetto incaricato del collocamento ha acquisito i relativi mezzi di pagamento.
- L'adesione al "FPA CNP" si perfeziona tramite la completa compilazione e sottoscrizione del presente Modulo di adesione.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

DICHIARAZIONI

L'Aderente dichiara:

- di aver ricevuto e preso espressa visione della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa e dell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità" relative al FPA CNP;
- di essere informato che sono disponibili sul sito www.gruppocnp.it la Nota informativa, il Regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente al FPA CNP;
- di aver sottoscritto la Scheda "I costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (attestazione valida per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda "I costi");
- di aver preso visione delle indicazioni in ordine alle spese a carico dell'aderente ed alla facoltà della compagnia di variare le basi di calcolo dei coefficienti di conversione in rendita;
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nella Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa e nell'Appendice "Informativa sulla sostenibilità";
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico dei costi (ISC) riportato nella Scheda "I costi" della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa;
 - in merito al paragrafo "Quanto potresti ricevere quando andrai in pensione", nella Scheda "Presentazione" della Parte I "Le informazioni chiave per l'aderente" della Nota informativa, redatto in conformità alle istruzioni della COVIP e contenente proiezioni della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa relativa ad alcune figure tipo, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.gruppocnp.it;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso aderisca alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento.
- di aver sottoscritto il "Questionario di autovalutazione";
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti, e si impegna a comunicare ogni successiva variazione;
- di essere a conoscenza che la prima contribuzione deve essere effettuata entro sei mesi dall'adesione e che, in caso di inadempimento, CNP Vita Assicura ha la facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che lo stesso non provveda a effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera;
- di essere a conoscenza che, qualora nel corso della partecipazione al fondo l'Aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, CNP Vita Assicura ha facoltà di risolvere il contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, comunicando all'Aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'Aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

L'Aderente dichiara inoltre di:

- ☐ Non essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare
- ☐ Essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare denominata in relazione alla quale:
- ☐ ha ricevuto, preso visione e sottoscritto la relativa **Scheda "I Costi"** la cui copia è parte integrante del presente Modulo di Adesione
- ☐ non ha ricevuto la relativa **Scheda "I Costi"** in quanto la forma pensionistica complementare in oggetto non è tenuta a redigerla.

Voler ricevere la corrispondenza: ☐ in formato elettronico ☐ in formato cartaceo

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE/DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ/ DEL TUTORE

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione dei sottoscrittori le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza e che il pagamento del primo contributo è stato effettuato con le modalità sopra indicate. Si dichiara inoltre di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia di antiriciclaggio.

Cognome e Nome

Data

Firma del Soggetto Incaricato

Codice Sog. Incar.

Codice Ag.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: marzo 2025

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

La Società **CNP Vita Assicura S.p.A.**, con sede in via Arbe 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 di 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 FINALITÀ SONO TRATTATI I DATI?

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

a) **FINALITÀ 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 avvalgono le 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) **FINALITÀ 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'ottenimento a provvedimenti giudiziari, per la generazione, apposizione e verifica delle Firme elettroniche (es. FEA).

c) **ULTERIORI FINALITÀ:** 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 FINALITÀ 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 FINALITÀ (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 FINALITÀ.

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 consorzi 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 mediante 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 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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto **dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (i) sopra riportata e (ii) consultabile nella versione costantemente aggiornata all'interno del sito internet <https://www.gruppocnp.it/privacy>**, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

Luogo e data

FIRMA