

## RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO (PIP) ADEGUATO

*La documentazione completa consentirà alla Compagnia di effettuare la liquidazione in tempi più rapidi*

### DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ POLIZZA N. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Domiciliato presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(se diverso da residenza)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Corrispondenza presso \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
(se diverso da residenza)

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

PEP\*  SI  NO

\*PEP: Persona Esposta Politicamente. La definizione completa è disponibile nella sezione dedicata del presente modulo.

**Note:** *L'indirizzo di corrispondenza verrà utilizzato dalla Compagnia per recapitare la corrispondenza (es. eventuale richiesta di documentazione mancante / integrativa, i conteggi di liquidazione della posizione previdenziale, il modulo CU).*

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

Il sottoscritto dichiara:

di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA  SI  NO

**IN CASO DI RISPOSTA "SÌ",** 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

### **Informativa ai fini FATCA - SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA**

In caso di risposta NO, se tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA - risultino indizi di americanità, il sottoscritto 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**

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 se dal controllo effettuato emerge la non veridicità del contenuto 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 se trasferito all'estero.

**Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, che deriva da affermazioni non veritiere, 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.**

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Aderente

## SCelta DELL'ADERENTE

Il sottoscritto **RICHIEDE** l'anticipazione per SPESE SANITARIE a seguito di gravissime situazioni e per terapie e interventi straordinari, così come riportato nella sezione del Regolamento del Piano Individuali Pensionistiche.

PER ME       PER MIO/A FIGLIO/A       PER IL CONIUGE

Indicare la percentuale richiesta sul montante maturato \_\_\_\_\_%

L'importo dell'anticipazione non potrà in ogni caso essere superiore alla spesa sostenuta e dimostrata attraverso idonea documentazione e non potrà comunque superare il totale delle fatture o dei preventivi trasmessi.

**Nel caso non sia indicata una percentuale verrà liquidato il massimo anticipabile compatibilmente con gli importi indicati nei preventivi di spesa o fatture.**

### NOTE:

- si precisa che non saranno erogate anticipazioni a fronte di spese sostenute prima di 6 mesi dalla data in cui viene effettuata la richiesta
- l'importo dell'anticipazione è quello risultante dalla somma:
  - del capitale investito nella Gestione Interna Separata rivalutato fino alla data di ricevimento della richiesta di anticipazione da parte della Compagnia
  - e
  - il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi calcolato con la quotazione al secondo giorno di Borsa aperto successivo alla data di ricevimento della richiesta di anticipazione da parte della Compagnia
- se l'investimento è stato effettuato in comparti differenti, il disinvestimento verrà effettuato applicando il criterio di proporzionalità di ogni singolo comparto sul montante totale
- le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai superare, complessivamente, il 75% del montante, secondo l'orientamento COVIP, comprese le quote del TFR
- l'importo nuovamente erogabile non potrà essere superiore al 75% del montante, al quale si sommano le anticipazioni percepite e non reintegrate e si sottraggono le somme già corrisposte in precedenza
- le prestazioni sono erogate al netto della tassazione prevista dalla normativa; per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle erogazioni dei piani individuali pensionistici sul montante maturato dal 01/01/2007, è necessario fare riferimento al documento sul regime fiscale disponibile sul sito: [www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it)
- sarà cura di CNP Vita Assicura S.p.A., in qualità di sostituto d'imposta, fornirle il prossimo anno, entro la data stabilita dalla vigente normativa, la Certificazione Unica riepilogativa di tutti i dettagli fiscali della liquidazione effettuata. Se la stessa non dovesse pervenirle entro la scadenza di Legge, provvederemo al re-inoltro solo dietro richiesta sottoscritta dall'aderente

Luogo e Data

Firma dell'Aderente



## DELEGA ALL'INCASSO

Il sottoscritto Aderente \_\_\_\_\_

### DELEGA

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

PEP\*  SI  NO

ad incassare la somma corrispondente alla richiesta di liquidazione della posizione individuale accantonata presso questo Piano Individuale Pensionistico, consapevole che il relativo importo verrà liquidato sul conto corrente a lui stesso intestato e di seguito indicato

IBAN | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | |

Pertanto, esonera la Compagnia da qualunque responsabilità e dichiara altresì di non avere più nulla a pretendere nei confronti della Compagnia relativamente alla presente richiesta di liquidazione.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, ai sensi del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR), lei, delegato al riscatto, prende atto che CNP Vita Assicura S.p.A. tratterà i suoi dati personali in qualità di titolare del trattamento. I dati raccolti con il presente modulo sono necessari per dare seguito alla prestazione richiesta in base alle disposizioni vigenti (art. 6 lett. b – c GDPR) e verranno utilizzati esclusivamente per tali fini e conservati per il tempo corrispondente. Le ricordiamo che può esercitare in ogni momento i diritti sui suoi dati personali riconosciuti dal GDPR (in particolare i diritti di: accesso, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità) e avere maggiori informazioni sul trattamento dei suoi dati scrivendo a CNP Vita Assicura S.p.A.. Per avere maggiori informazioni sui suoi diritti può consultare l'informativa estesa. Qualora ritenga che il trattamento dei dati descritto sia illegittimo può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali.

È possibile visionare il testo dell'informativa privacy costantemente aggiornata nella sezione Privacy del sito internet [www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it).

\_\_\_\_\_   
 Luogo e Data

\_\_\_\_\_   
 Firma dell'Aderente

\_\_\_\_\_   
 Firma del Delegato

\*PEP: Persona Esposta Politicamente. La definizione completa è disponibile nella sezione dedicata del presente modulo.

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

Il sottoscritto delegato all'incasso dichiara:

di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza negli USA  SI  NO

**IN CASO DI RISPOSTA "SÌ",** 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

### **Informativa ai fini FATCA - SOLO PER LE PERSONE FISICHE che presentano indizi anagrafici USA**

In caso di risposta NO, se tra i seguenti dati anagrafici - luogo di nascita, cittadinanza/nazionalità, domicilio corrente, conto corrente o esecutore/delegato USA - risultino indizi di americanità, il sottoscritto 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**

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 se dal controllo effettuato emerge la non veridicità del contenuto 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 se trasferito all'estero.

**Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, che deriva da affermazioni non veritiere, 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.**

\_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma del Delegato

## DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

Il sottoscritto **DICHIARA:**

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa e dal Regolamento del Piano Individuale Pensionistico, necessari per richiedere l'anticipazione
- di allegare alla presente domanda la seguente documentazione a supporto:
  1. copia della dichiarazione proveniente da una Struttura Pubblica (**ASL o medico curante**) che attesti il carattere necessario e straordinario delle spese sanitarie (facsimile allegato)
  2. copia delle fatture **riferite agli ultimi 6 mesi** che attestino le spese sostenute per sé, per il coniuge o per i figli: in caso di liquidazione sulla base di preventivi di spesa rilasciati da operatori specializzati, sottoscrivere la "**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO**" sotto allegata
  3. copia documento d'identità valido dell'aderente
  4. copia documento d'identità valido dell'intestatario del conto corrente, se diverso dall'Aderente

**DOCUMENTI DA ALLEGARE IN AGGIUNTA A QUELLI SOPRA RIPORTATI, PER RICHIEDERE L'ANTICIPAZIONE PER LE SPESE SANITARIE PER I FIGLI O PER IL CONIUGE:**

5. documento che indichi la parentela (certificato stato di famiglia oppure certificato di nascita)
6. copia documento d'identità valido del figlio o del coniuge

Il sottoscritto è responsabile della correttezza e della veridicità dei dati e delle informazioni fornite ai sensi del presente modulo e si **IMPEGNA**, inoltre, a fornire alla Compagnia ogni ulteriore informazione necessaria ai fini della liquidazione stessa.

In presenza di documentazione formalmente regolare e completa, il sottoscritto **È CONSAPEVOLE** che la Compagnia non è responsabile per le erogazioni effettuate in favore di aderenti che dovessero successivamente risultare non legittimati a richiedere l'anticipazione.

**ACCETTA** di ricevere all'indirizzo di corrispondenza indicato il modello CU, che gli verrà spedito per posta ordinaria dalla Compagnia e si **IMPEGNA** a richiederne copia in caso di mancata ricezione dello stesso.

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Aderente

**Nota:** se la domanda risulta incompleta o insufficiente la Compagnia richiederà gli elementi integrativi e eseguirà il pagamento entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Dopo il termine di 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'Aderente.

## DICHIARAZIONE D'IMPEGNO

### IN CASO DI LIQUIDAZIONE DELL'ANTICIPAZIONE SULLA BASE DI PREVENTIVI RELATIVI A SPESE ANCORA DA SOSTENERSI ED EMESSI NEGLI ULTIMI SEI MESI

Il sottoscritto Aderente, a seguito della richiesta di anticipazione dei contributi accumulati avanzata in base a quanto previsto dall'art. 11, comma 7, del Dlgs n.252 del 05/12/2005 a fronte di terapie/interventi legati a gravissime situazioni ed aventi carattere di straordinarietà sotto il profilo medico, dovendo sostenere spese per terapie o interventi di rilievo per importanza e delicatezza da un punto di vista medico ed economico:

#### SI IMPEGNA

***a fornire le fatture delle spese sostenute relative ai preventivi allegati alla presente liquidazione nel più breve tempo possibile e, comunque, non oltre 4 mesi dalla liquidazione. Inoltre, se la richiesta dovesse restare inevasa, si assume ogni responsabilità relativa agli eventuali accertamenti in merito che dovessero emergere in futuro.***

\_\_\_\_\_

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'Aderente

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

*Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali (riportata nelle pagine 11 e 12 del presente modulo) e 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 dell'Interessato al  
trattamento dei dati



**DICHIARAZIONE ASL O ALTRA STRUTTURA PUBBLICA COMPETENTE**

**PER RICHIEDERE ALLA COMPAGNIA UNA ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE**

A SEGUITO DI **GRAVISSIME SITUAZIONI** RELATIVE A SÉ, AL CONIUGE E AI FIGLI PER TERAPIE E **INTERVENTI STRAORDINARI** RICONOSCIUTI DALLE COMPETENTI STRUTTURE PUBBLICHE

Alla Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_

in relazione alla domanda presentata dal vostro Aderente

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

al fine di ottenere un'anticipazione del montante maturato nel Piano Individuale Pensionistico, come previsto dall'art.11, comma 7, del D. Lgs. n° 252 del 05/12/2005, si **DICHIARA** che il sig./sig.ra

\_\_\_\_\_ (riportare il nome dell'Aderente al Piano Individuale Pensionistico o del familiare dell'Aderente)

deve sostenere **TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO.**

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA

**ISTRUZIONI:**

- *La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate*
- *Il timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; a tal fine la Certificazione può essere prodotta su carta intestata*

## DEFINIZIONE PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE (c.d. PEP)

Sono considerate persone politicamente esposte (PEP) le persone fisiche di cui al D.lgs. 231/2007, modificato con D.lgs. 90/2017 all'articolo 1, comma 2, lettera dd) di seguito riportato:

Le persone fisiche che occupano, o hanno cessato di occupare da meno di un anno, importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1. sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
  - 1.1. Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.2. deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.3. membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
  - 1.4. giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.5. membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
  - 1.6. ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
  - 1.7. componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
  - 1.8. direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
  - 1.9. direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
2. sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
3. sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
  - 3.1. le persone fisiche che, ai sensi del presente decreto detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta, la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti d'affari;
  - 3.2. le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Aggiornata a gennaio 2024

### 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 di dati personali relativi all'Assicurato/Contraente/Beneficiario (di seguito l'"Interessato") ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza ") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso l'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](http://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 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 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'ottemperanza a provvedimenti giudiziari.

**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;
- 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. 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, 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; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI 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.

## 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 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](http://www.gruppocnp.it).