

**UnipolSai Previdenza Futura**  
**PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO –**  
**FONDO PENSIONE**

Modulo di adesione a UnipolSai Previdenza Futura –  
PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO  
**iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5099**

Soggetto Collocatore _____	Intermediario _____
Modulo di Adesione n° _____	

**Attenzione:** L'adesione a UnipolSai Previdenza Futura – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Parte I 'Le informazioni chiave per l'aderente' e dell'Appendice 'Informativa sulla sostenibilità'. La Nota informativa, il regolamento e le condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it), nella Sezione "RISPARMIO" - "PREVIDENZA" oppure accedendo alla Sezione "Previdenza complementare". Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

**Dati dell'aderente:**

<b>Cognome:</b> _____		<b>Nome:</b> _____	
<b>Codice Fiscale:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Sesso:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Data di nascita:</b> _/_/_	
<b>Comune di nascita:</b> _____	<b>Provincia:</b> _____	<b>Stato:</b> _____	
<b>Tipo documento:</b> _____	<b>Numero documento:</b> _____	<b>Ente di rilascio:</b> _____	<b>Data di rilascio:</b> _/_/_
<b>Residenza:</b> _____			<b>Cap:</b> _____
<b>Comune/stato estero</b> _____		<b>Prov:</b> _____	<b>Telefono:</b> _____
<b>Domicilio (se diverso):</b> _____			<b>Cap:</b> _____
<b>Comune/stato estero:</b> _____		<b>Prov:</b> _____	<b>Secondo telefono:</b> _____
<b>e-mail:</b> _____			

La corrispondenza viene trasmessa in formato cartaceo all'indirizzo di residenza sopra indicato, senza costi per l'aderente.

In caso di variazione dell'indirizzo di residenza dovrà essere data tempestiva informazione alla Compagnia.

La Compagnia provvederà a comunicare all'aderente modalità alternative per la ricezione della corrispondenza che potranno essere scelte allorquando saranno disponibili le relative funzionalità.

**Data prima iscrizione alla previdenza complementare**

_/_/_
-------

**Dati dell'azienda**

(solo in caso di lavoratori dipendenti)

<b>Azienda:</b> _____	<b>Codice fiscale/partita IVA:</b> _____
<b>Indirizzo:</b> _____	<b>Tel:</b> _____
<b>e-mail:</b> _____	

**Condizione professionale**

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente		<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo/libero professionista	<input type="checkbox"/> Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo	<input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Pubblico			

**Titolo di studio**

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media inferiore	<input type="checkbox"/> Diploma professionale
<input type="checkbox"/> Diploma media superiore	<input type="checkbox"/> Diploma universitario/laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea / laurea magistrale	<input type="checkbox"/> Specializzazione post-laurea

Se già si aderisce ad altra forma pensionistica complementare, riportare le seguenti informazioni:

<b>Denominazione altra forma pensionistica:</b> _____
<b>Numero iscrizione Albo tenuto dalla COVIP:</b> _____
<b>L'attuale scheda 'I costi' della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:</b>
<input type="checkbox"/> Consegnata
<input type="checkbox"/> Non consegnata(*):
(*): Non è prevista la consegna della scheda 'I costi' solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.
L'aderente intende richiedere il trasferimento della posizione maturata nella forma di previdenza cui già aderisce:
<input type="checkbox"/> Sì <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> No</span>

**Opzione di investimento scelta**

Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il **Questionario di autovalutazione** riportato più avanti (**Combinazione Libera** o, in alternativa, **Programma Life Cycle**)

<input type="checkbox"/> <b>Combinazione libera</b>	<input type="checkbox"/> <b>Programma Life Cycle</b>									
<table border="1"> <tr> <th>Denominazione delle linee di investimento</th> <th>Categoria</th> <th>Ripartizione in percentuale(*)</th> </tr> <tr> <td>• Previattiva UnipolSai</td> <td>Garantita</td> <td>___%</td> </tr> <tr> <td>• PreviGlobale</td> <td>Azionaria</td> <td>___%</td> </tr> </table>	Denominazione delle linee di investimento	Categoria	Ripartizione in percentuale(*)	• Previattiva UnipolSai	Garantita	___%	• PreviGlobale	Azionaria	___%	Scegliendo questa opzione, la Compagnia ripartisce percentualmente con cadenza annuale l'investimento tra la Gestione Separata Previattiva UnipolSai ed il Fondo Interno PreviGlobale in funzione dell'età come indicato alla Parte I della Nota Informativa 'Le informazioni chiave per l'aderente'. Pertanto in tal caso, l'allocatione della contribuzione all'atto di adesione al PIP verrà automaticamente determinata.
Denominazione delle linee di investimento	Categoria	Ripartizione in percentuale(*)								
• Previattiva UnipolSai	Garantita	___%								
• PreviGlobale	Azionaria	___%								

(\*) Indicare valori percentuali multipli del 5%, la somma deve avere come risultato 100%.

**Soggetti che hanno diritto di riscattare la posizione individuale in caso di decesso dell'aderente prima del pensionamento**

<input type="checkbox"/> Eredi legittimi in parti uguali			
<input type="checkbox"/> Eredi testamentari o in assenza di testamento, eredi legittimi in parti uguali			
<input type="checkbox"/> Beneficiari designati:			
quota beneficio:	<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Codice Fiscale:</b>
___%	_____	_____	_____
___%	_____	_____	_____
___%	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altri designati:			

### Contribuzione e modalità di pagamento

#### Caso di adesione individuale senza apporto TFR

Il **versamento iniziale**, comprensivo anche della commissione di adesione “una tantum”, è pari ad Euro \_\_\_\_\_, \_\_\_ e potrà essere effettuato tramite:

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile, tratto o emesso all’ordine dell’intermediario incaricato;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) con accredito sull’apposito conto corrente intestato all’intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità;
- altro mezzo di pagamento bancario o postale di accredito sul medesimo conto corrente eventualmente reso disponibile dallo stesso intermediario incaricato.

I **versamenti successivi**, effettuati con periodicità

- annuale     semestrale     trimestrale     mensile

con decorrenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e per i quali l’importo di ciascuna rata sarà pari a \_\_\_\_\_, \_\_\_ potranno essere effettuati tramite:

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile, tratto o emesso all’ordine dell’intermediario incaricato;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) con accredito sull’apposito conto corrente intestato all’intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità;
- Addebito Diretto SDD (Sepa Direct Debit) (\*)
- altro mezzo di pagamento bancario o postale di accredito sul medesimo conto corrente eventualmente reso disponibile dallo stesso intermediario incaricato.

La data di versamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta all’intermediario incaricato o con la data dell’operazione, se successiva a quella di valuta.

(\*) Il primo addebito avverrà entro il secondo mese successivo alla data di decorrenza del contratto.

#### Caso di adesione individuale con apporto TFR

Il versamento, a cura del datore di lavoro, sarà effettuato tramite bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) con accredito sull’apposito conto corrente intestato all’intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità.

### L’aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) dichiara:

- di aver ricevuto la Parte I ‘Le informazioni chiave per l’aderente’ della nota informativa e l’Appendice ‘Informativa sulla sostenibilità’;
- di essere informato che sono disponibili sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) la Nota informativa, il regolamento e le condizioni generali di contratto del fondo e ogni altra documentazione attinente al fondo pensione;
- di aver sottoscritto la Scheda ‘I costi’ della forma pensionistica alla quale risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione (*per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda ‘I costi’*);
- 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 del costo (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.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it);
- 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, la Compagnia 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 ad 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, la Compagnia 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 l'aderente non provveda ad effettuare un versamento entro 60 giorni dalla ricezione della lettera.

**L'Aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) può esercitare il diritto di recesso entro il termine di 30 giorni dalla conclusione del contratto. Per l'esercizio del diritto di recesso l'aderente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviare a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate - Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il recesso ha l'effetto di liberare la Compagnia e l'Aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale della relativa raccomandata.**

**Entro trenta giorni dal ricevimento della raccomandata relativa al recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente (ovvero al suo Legale Rappresentante) il contributo da questi eventualmente corrisposto, diminuito dell'importo trattenuto dalla Compagnia a titolo di rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto come indicato nelle Condizioni generali di contratto, alla cui consultazione si invita l'Aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) per opportuna conoscenza.**

Luogo e data

Firma Aderente  
(ovvero il Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Questionario di Autovalutazione**

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

Il punteggio ottenuto va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta tra le diverse opzioni di investimento offerte dal fondo pensione, sulla base della 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
La scelta di un percorso <i>life-cycle</i> è congrua rispetto a qualunque punteggio ottenuto dal Questionario di autovalutazione. In caso di adesione a più comparti, la verifica di congruità sulla base del Questionario non risulta possibile: l'Aderente deve, in questi casi, effettuare una propria valutazione circa la categoria nella quale ricade la combinazione da lui scelta.			

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'Aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) 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.

**In caso di adesione di un minore il 'Questionario di Autovalutazione' non deve essere compilato.**

**Firma Aderente**

(ovvero il Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

*[in alternativa]*

L'Aderente (ovvero il suo Legale Rappresentante) attesta che il Questionario non è stato compilato, oppure è stato compilato solo in parte, e dichiara di essere consapevole che la mancata compilazione, parziale o totale, della sezione CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

**In caso di adesione di un minore il 'Questionario di Autovalutazione' non deve essere compilato.**

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma Aderente**

(ovvero il Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

**Spazio riservato al soggetto incaricato della raccolta delle adesioni**

L'incaricato della raccolta delle adesioni dichiara di avere correttamente identificato l'aderente e, laddove presente, il Legale rappresentante e personalmente riscontrato la corretta e completa compilazione del presente modulo

Nome e Cognome

dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

**Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti**

Gentile Cliente, ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

**QUALI DATI RACCOGLIAMO.** Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali<sup>(2)</sup>, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI.** I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo<sup>(3)</sup>, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(4)</sup>. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso<sup>(5)</sup>.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe le comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

**A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI.** I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>(6)</sup>.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol<sup>(7)</sup> a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(8)</sup> (si veda anche nota 4).

**COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI.** I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI.** La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrano i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it), oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

**Note**

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquistati dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it).
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)) e da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

*Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SIMILE

FAAC