

MODULO DI RICHIESTA

Prodotto Assicurativo: Polizza "Vita & Salute Convenzioni" di AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia) – Convenzione Eurete S.r.l.

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

Cognome e Nome	
Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza / Comune / CAP / Provincia	
E-mail	
Numero Telefono	

COPERTURE ASSICURATIVE ATTIVE, PRESTAZIONI, DURATA, PREMIO ANNUALE

Garanzia di Ramo Vita	☐ SI ☐ NO		
Copertura	Prestazione	Durata	Premio Annuale Lordo
Decesso	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ (esente da imposta)

Garanzia di Ramo Danni	☐ SI ☐ NO		
Copertura	Prestazione	Durata	Premio Annuale Lordo
Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ (2,5% di imposte)

Garanzia di Ramo Danni	☐ SI ☐ NO		
Copertura	Prestazione	Durata	Premio Annuale Lordo
Malattia Grave (Cancro, Ictus, Infarto Miocardico)	Capitale Assicurato €	Annuale con tacito rinnovo (max 5 anni)	€ (2,5% di imposte)

Garanzia di Ramo Danni	☐ SI ☐ NO		
Copertura	Prestazione	Durata	Premio Annuale Lordo
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Indennità Mensile Assicata €	Annuale con tacito rinnovo (max 10 anni)	€ (2,5% di imposte)

Totale Premio Annuale (incluse imposte applicabili)	€
--	----------

INFORMATIVA SUI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

I mezzi di pagamento del Premio Annuale (prima annualità) sono:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità
- ordini di bonifico bancario o postale
- i seguenti mezzi di pagamento elettronici bancari o postali: bancomat, carta di credito, carta prepagata

La compagnia non incassa direttamente i premi. Tutti i mezzi di pagamento devono essere intestati all'intermediario Eurete S.R.L., espressamente in tale qualità, autorizzato dalla compagnia all'incasso dei premi.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	
Decorrenza iniziale	Ore 24:00 del giorno di pagamento del primo Premio Annuale
Rinnovi annuali	Il Contraente è tenuto a pagare i Premi Annuali di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità in corso. In caso di mancato pagamento del premio entro 15 giorni dalla scadenza annuale del contratto (c.d. <i>termine di tolleranza</i>) l'assicurazione è sospesa. Il contratto è risolto automaticamente in caso di mancato pagamento del Premio Annuale di Rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale.

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO	
<u>Diritto di recesso entro i primi 30 giorni dalla stipula (diritto di ripensamento)</u>	
Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione (diritto di ripensamento) . In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia, per il tramite dell'intermediario, provvederà a rimborsare al Contraente l'importo di Premio già versato (al netto delle imposte).	
<u>Diritto di recesso annuale (disdetta alla annualità)</u>	
Il Contraente / Assicurato può recedere dal contratto annualmente, entro il termine di 30 giorni dalla scadenza annuale della polizza (disdetta alla annualità) . In tal caso, l'assicurazione cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della annualità in corso. È possibile disdettare singolarmente una o più delle coperture attivate in fase di sottoscrizione.	
<u>Modalità per l'esercizio del diritto di recesso</u>	
Il Contraente / Assicurato è tenuto ad esercitare il diritto di recesso mediante invio di una lettera raccomandata a.r. o comunicazione P.E.C. ad Eurete S.R.L. ai seguenti recapiti: Viale Bruno Buozzi 60 00197 Roma (RM) / euresrl@legalmail.it	

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

In caso di compilazione del Questionario Medico, si avverte di quanto segue:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal richiedente nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- prima della sottoscrizione del questionario, il richiedente è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- anche nei casi non previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute. Il costo di tale visita medica sarà a suo carico;
- Ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche), entrata in vigore in data 2 gennaio 2024, per la compilazione del presente Questionario Medico (necessario per la stipula dell'assicurazione), non rilevano, e dunque non devono essere fornite, informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso con guarigione, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Si ricorda altresì che, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale numero 96 del 24/04/2024 (il "Decreto Ministeriale"), sono state individuate specifiche patologie per le quali, al ricorrere di ulteriori condizioni, è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico. Per la consultazione del testo del Decreto e per l'elenco delle suddette patologie previste dal Decreto Ministeriale si rinvia al seguente indirizzo: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/04/24/24A02057/sg. Pertanto, SI INVITA a rispondere alle domande che seguono considerando SOLO le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo NON si sia concluso con guarigione, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla compilazione del presente Questionario Medico, o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.
- la compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e dalla documentazione sanitaria prodotta od eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Società pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

A. Hai ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	Sì	No
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)		

2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale		
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi		
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		
5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale		
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia		
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative		
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni		
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema		
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica		
11. Diabete		
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia		
13. Le seguenti Malattie o malformazioni congenite/ereditarie: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi		
B. Sei a conoscenza di essere affetto da una delle malattie di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?		
C. Sei titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?		

Data _____

Firma del Contraente/Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E MODALITA' DI TRASMISSIONE
Io sottoscritto Contraente / Assicurato: DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, la seguente documentazione pre-contrattuale: a) Set Informativo del prodotto assicurativo "Vita & Salute Convenzioni" comprensivo di: • Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi) • Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario) b) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018 e ss.aa. PRESTO CONSENSO all'invio a mezzo e-mail della documentazione precontrattuale del contratto sopra indicata, nonché all'utilizzo della stessa e-mail per l'invio delle comunicazioni in corso di contratto da parte dell'intermediario e della compagnia, consapevole che potrò in ogni momento revocare il consenso la mia scelta, ricevendo le comunicazioni in formato cartaceo. SI ☐ NO ☐ Data _____ Firma del Contraente/Assicurato _____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

Prodotto Assicurativo: Polizza "Vita & Salute Convenzioni" di AXA FRANCE VIE S.A.
(Rappresentanza Generale per l'Italia)

Per soggetti persone fisiche membri di organizzazioni / associazioni aventi in essere una convenzione con Eurete S.r.l. o relativi partners distributivi

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente **Questionario** ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze assicurative.

La informiamo che il contratto potrà essere stipulato solo qualora, in base alle risposte rese, lo stesso risulti adeguato nonchè coerente alle Sue richieste ed esigenze.

A) INTENDO FORNIRE LE RISPOSTE RICHIESTE PER LA VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA

Attività svolta	Lavoratore dipendente		Pensionato
	Lavoratore autonomo		
	Altro (specificare)		
La sua esigenza deriva da obblighi	Di legge	Contrattuale	Nessuno
A quale di queste coperture previste dal contratto è interessato?	una copertura vita che garantisce ai miei familiari o altre persone a me care un capitale in caso di mia premorienza copertura infortuni e malattia che mi garantisce un capitale in caso di riconoscimento di invalidità totale permanente >60% copertura infortuni e malattia che mi garantisce una indennità mensile in caso di mia inabilità temporanea copertura malattia che mi garantisce un capitale alla diagnosi di una malattia grave		
Di che orizzonte temporale di protezione assicurativa necessita?	Fino a 5 anni	Da 5 a 10 anni	Oltre 10 anni
Qual è la sua disponibilità di spesa annuale per il contratto richiesto?	Fino a 250€	Fino a 500€	Oltre 1.000€
E' consapevole che il contratto assicurativo può prevedere esclusioni, franchigie e altre limitazioni?			SI NO
Ha ottenuto dall'intermediario sufficiente informazione sulle caratteristiche delle coperture assicurative previste dal contratto?			SI NO
E' a conoscenza che può attivare liberamente qualunque delle garanzie previste dal contratto proposto, a seconda delle sue esigenze?			SI NO
Quali polizze ha già sottoscritto?	RC Auto		Casa
	Infortunio e malattia		RC verso terzi
	Previdenza		Risparmio
	Non autosufficienza		Altro

Firma del Contraente _____

Luogo e data _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Eurete S.r.l. tutela la privacy dei Dati Personali dei Clienti, che tratta nell'esercizio della propria attività di intermediazione assicurativa.

Operatori che possono essere coinvolti nella gestione dei dati personali:

Assicuratori: forniscono una copertura assicurativa ai Contraenti dietro pagamento di un premio.

Riassicuratori: forniscono una copertura assicurativa ad altri Assicuratori o Riassicuratori.

Intermediari: soggetti che svolgono attività di intermediazione assicurativa e che possono essere coinvolti in qualità di emittenti o di proponenti dei contratti assicurativi.

Nell'ambito della presente informativa, il termine "interessati" si riferisce a qualsiasi persona inclusa nel precedente elenco i cui Dati Personali vengono trattati da EURETE nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa.

1) GLOSSARIO

- **GDPR:** Regolamento generale sulla protezione dei dati dell'UE e legislazione nazionale sulla protezione dei dati in vigore nello Stato membro dell'UE in cui ha sede EURETE.
- **Titolare del trattamento:** il soggetto responsabile della raccolta e della conservazione dei Dati Personali.
- **Dati Personali:** le informazioni che rendono identificabile l'interessato e che si riferiscono o sono riconducibili all'interessato.
- **Trattamento dei Dati Personali:** il termine si riferisce alla raccolta, all'utilizzo, alla memorizzazione, alla divulgazione o alla cancellazione dei Dati Personali.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Eurete S.r.l. Viale Bruno Buozzi 60 00197 Roma RM Email info@eurete.it PEC euretesrl@legalmail.it.

2) DATI PERSONALI CHE POSSONO ESSERE OGGETTO DI TRATTAMENTO:

EURETE potrà trattare i seguenti Dati Personali:

- **Dati Personali in senso stretto:** nome, indirizzo, altri dati di contatto (ad es. indirizzo e-mail e numero di telefono), sesso, stato civile, dati sul nucleo familiare, data e luogo di nascita, datore di lavoro, qualifica e storia lavorativa, relazione con il Contraente, assicurato, beneficiario o richiedente
- **Estremi identificativi:** numeri di identificazione rilasciati da agenzie o enti governativi (ad esempio, a seconda del paese di residenza dell'interessato, numero di previdenza sociale o nazionale, numero di passaporto, numero di carta di identità, codice fiscale, numero di patente)
- **Informazioni finanziarie:** numero della carta di pagamento, numero di conto e coordinate bancarie, reddito e altre informazioni di carattere finanziario
- **Dati sanitari:** condizioni fisiche e mentali attuali o precedenti, stato di salute, informazioni su infortuni o disabilità, cure mediche ricevute, abitudini personali rilevanti (ad es. fumo o consumo di alcolici), informazioni su medicinali soggetti a prescrizione medica, storia clinica
- **Informazioni sulla polizza:** informazioni sui preventivi ricevuti e sulle polizze stipulate dall'interessato
- **Precedenti richieste di indennizzo:** informazioni su richieste di indennizzo precedenti • **Richieste di indennizzo in corso:** informazioni su richieste di indennizzo in corso, che possono includere categorie particolari di Dati Personali (secondo la definizione fornita nel paragrafo relativo al Rischio assicurato)
- **Dati di marketing:** informazioni relative al consenso espresso o negato dall'interessato a ricevere comunicazioni di marketing dal titolare e da terzi.

3) FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO. I Dati personali sono trattati:

- con il consenso espresso dell'Interessato ex art. 24 lett. a), b), c) Codice Privacy ed ex art. 6 lett. b), e) GDPR), per le seguenti Finalità di Servizio: concludere i contratti; adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali; adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità, come ad esempio in materia di antiriciclaggio; esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.
- previo consenso specifico dell'Interessato ex artt. 23 e 130 Codice Privacy ed ex art. 7 GDPR), per le seguenti Finalità di Marketing diretto: inviare via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, notifiche push, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi.

4) FONTI DEI DATI PERSONALI. EURETE raccoglie i Dati Personali da varie fonti, tra cui le seguenti: interessati e membri del loro nucleo familiare, telefono o corrispondenza scritta, pec, e-mail, whatsapp. EURETE quando raccoglie le predette informazioni direttamente dagli Interessati, avrà premura di informare in merito alla necessità di ottenere tali informazioni e alle conseguenze che potrebbero derivare dalla decisione di non fornirle nel modulo apposito.

5) MODALITÀ DI TRATTAMENTO. EURETE tratta i Dati Personali nella misura necessaria per conseguire gli scopi identificati nella presente informativa sulla privacy o entro i limiti consentiti dalla legge. In particolare, il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n.2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, confronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato. Il Titolare non acquisisce, né sottopone ad alcuna tipologia di trattamento dati sensibili, ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ovvero dati rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. In riferimento ai dati giudiziari, il Titolare non sottopone a trattamento dati che rivelino l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato. EURETE, qualora avesse necessità di raccogliere Dati Personali per finalità incompatibili con quelle specificate nella presente informativa sulla privacy, si impegna a comunicare agli Interessati il nuovo scopo ed a ottenere, ove necessario, il loro consenso (o a chiedere ad altre parti di farlo per conto di EURETE) al trattamento dei Dati Personali per le nuove finalità. Il trattamento delle informazioni raccolte rispetta i "fondamenti giuridici" definiti nel Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) cui si rimanda.

6) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra, e comunque, per non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto per le finalità di servizio e per non oltre 2 anni dalla raccolta dei dati per le finalità di marketing, e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

7) DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI I dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui alla presente informativa a: dipendenti e collaboratori del Titolare nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema; società terze o altri soggetti (a titolo indicativo altri soggetti del settore assicurativo (c.d. ciclo assicurativo) istituti di credito, studi professionali, consulenti, società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, testimoni, esperti, medici legali, periti, avvocati e gestori delle richieste di indennizzo, etc.) che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento; altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

8) PROFILAZIONI AUTOMATIZZATE Il Titolare, attraverso il ciclo assicurativo descritto, acquisisce dal Cliente le informazioni necessarie a valutare le sue esigenze assicurative, in conformità alle attuali disposizioni di legge. L'utilizzo delle informazioni acquisite e dei Dati personali dei Clienti possono essere utilizzate per la loro profilazione, previo consenso informato degli Interessati.

9) LE MISURE DI SICUREZZA EURETE adotta misure di sicurezza elettroniche e procedurali adeguate alla sensibilità delle informazioni in suo possesso. Le misure di sicurezza includono l'installazione di firewall al fine di tutelare e garantire la protezione dei Dati personali. L'accesso ai Dati è limitato al personale e a soggetti terzi che hanno necessità di accedervi per scopi di business appropriati e legittimi. E' esclusa qualsiasi possibilità di accesso esterno.

10) TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI I dati personali sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

11) DIRITTI DEGLI INTERESSATI L'interessato, ha i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy e art. 15 GDPR e precisamente i diritti di: ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati; ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea.

Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione. Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16 -21 GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma Telefono: (+39) 06.69677.2917 E-mail: urp@gpdp.it).

12) RICHIESTE E RECLAMI EURETE si adopera a garantire che i Dati Personali siano sempre accurati, completi ed aggiornati. Gli Interessati possono contattare EURETE per aggiornare le informazioni personali o per qualsiasi altra esigenza relativa alla presente informativa, contattando la Società ai recapiti sopra specificati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy redatta da EURETE in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione ed al trattamento dei dati personali) e della quale confermo ricezione.

CONSENSO		FINALITA'
SI OBBLIGATORIO		al trattamento dei dati personali per finalità strettamente connesse all' esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto, derivanti da obblighi di leggi, regolamenti o normative vigenti. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale
SI OBBLIGATORIO		al trattamento dei dati personali per la valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguate
SI	NO	al trattamento dei dati personali e, in particolare, dei miei recapiti (Email, numero cellulare, numero telefono fisso, PEC) per finalità di promozione commerciale dettagliate nell'informativa privacy
SI	NO	al trattamento dei dati personali per finalità di comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti con in quali la Società intrattiene rapporti di collaborazione

Contrassegnare la scelta

Contraente	
Luogo e data	
Firma	



MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

POLIZZA DI RAMO VITA I

(Polizza "Vita & Salute Convenzioni")

(da compilarsi in caso di scelta da parte del Contraente/Assicurato della garanzia Decesso)

Richiesta n. _____

AVVERTENZA PRELIMINARE - Al fine di adempiere agli obblighi previsti dal Decreto Legislativo 21 novembre 2007 n. 231 (di seguito il "**Decreto**"), in materia di prevenzione del fenomeno del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo, il Cliente (il soggetto Contraente/Assicurato alla polizza "VITA & SALUTE CONVENZIONI") è tenuto a compilare e sottoscrivere il presente Modulo. Le disposizioni del Decreto richiedono infatti, per una completa identificazione ed una adeguata conoscenza del cliente e dell'eventuale titolare effettivo, la raccolta di informazioni ulteriori rispetto a quelle anagrafiche già raccolte. La menzionata normativa impone al cliente di fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie ed aggiornate per consentire all'Intermediario di adempiere agli obblighi di adeguata verifica e prevede specifiche sanzioni nel caso in cui le informazioni non vengano fornite o risultino false.

Il conferimento dei dati e delle informazioni personali per l'identificazione del Cliente e per la compilazione della presente sezione è obbligatorio per legge e, in caso di loro mancato rilascio, la Compagnia Assicurativa non potrà procedere ad instaurare il rapporto (c.d. **obbligo di astensione**), e dovrà valutare se effettuare una segnalazione alle autorità competenti (Unità di Informazione Finanziaria presso Banca d'Italia e Guardia di Finanza). I dati saranno trattati per le finalità di assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio e, pertanto, tale trattamento non richiede il consenso dell'interessato.

Io sottoscritto Cliente (Contraente/Assicurato),

letta l'Avvertenza Preliminare di cui sopra e l'Informativa sui Riferimenti Normativi Antiriciclaggio (in calce al presente modulo), al fine di permettere all'Intermediario di assolvere agli obblighi di adeguata verifica di cui al D. Lgs. n. 231/2007 in materia di prevenzione dei fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, in relazione all'instaurazione del rapporto assicurativo di cui al contratto di assicurazione "VITA & SALUTE CONVENZIONI" - che prevede una garanzia di ramo vita emessa dall'impresa AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia):

A. **dichiaro** che i seguenti dati riportati relativi alla mia persona corrispondono al vero

DATI IDENTIFICATIVI DEL CLIENTE (CONTRAENTE/ASSICURATO)		
Nome:		Cognome:
Data di nascita:		Codice Fiscale:
Comune di nascita:	CAP:	Prov.:
Comune di residenza:	CAP:	Prov.:
Indirizzo di residenza:		
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza):	CAP:	Prov.:
Indirizzo di domicilio:		
Status occupazionale (<i>barrare una casella</i>)		
☐ Casalinga ☐ Dirigente/ Soggetto apicale ☐ Disoccupato ☐ Imprenditore ☐ Lavoratore autonomo ☐ Lavoratore dipendente ☐ Libero professionista ☐ Pensionato ☐ Religioso ☐ Studente		
☐ Altro (specificare) _____		



- B. **allego** una fotocopia fronte/retro del mio documento di identità non scaduto avente i seguenti estremi, confermando la veridicità dei dati sotto riportati:

Tipo documento	Ente di rilascio
Nr. documento	Data di rilascio
Località di rilascio	Data di scadenza

- C. **dichiaro** di essere (barrare SI) / non essere (barrare NO) una **Persona Politicamente Esposta** come segue (**barrare una casella**) SI NO
(se SI, indicare tipologia PEP: _____)
- D. **dichiaro** di essere (barrare SI) / non essere (barrare NO) destinatario di misure di congelamento dei fondi e risorse economiche, come segue (**barrare una casella**): NO SI
(se SI, indicare motivo: _____)
- E. **dichiaro** di essere/non essere sottoposto a procedimenti o di aver/non aver subito condanne per reati in materia economica/ finanziaria/tributaria/societaria (**barrare una casella**): NO SI
(se SI, indicare motivo: _____)
- F. **dichiaro** ai fini dell'identificazione del **Titolare Effettivo**, di essere una persona fisica che agisce in nome e per conto proprio, di essere il soggetto Contraente/Assicurato, e quindi che non esiste il titolare effettivo
- G. **fornisco**, con riferimento allo scopo e alla natura prevista del rapporto continuativo, **le seguenti informazioni**:

i. Tipologia di rapporto continuativo (informazione immediatamente desunta dal rapporto):

Stipula di un contratto di assicurazione di puro rischio che prevede garanzia di ramo vita (caso morte Assicurato)

ii. Scopo prevalente del rapporto continuativo in riferimento alle garanzie vita (informazione immediatamente desunta dal rapporto):

Protezione assicurativa al fine di garantire ai beneficiari un capitale qualora si verifichi l'evento oggetto di copertura

iii. Origine dei fondi utilizzati per il pagamento dei premi assicurativi:

Proprie risorse economiche

Eredità

Donazione

Altro (specificare) _____

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 22 e 55 comma 3 del d.lgs. 231/2007, **consapevole della responsabilità penale derivante da omesse e/o mendaci affermazioni**, dichiara che tutte le informazioni fornite (anche in riferimento al titolare effettivo), le dichiarazioni rilasciate il documento di identità che allego, ed i dati riprodotti negli appositi campi del Modulo di Polizza corrispondono al vero. Il sottoscritto si assume tutte le responsabilità di natura civile, amministrativa e penale per dichiarazioni non veritiere. Il sottoscritto si impegna a comunicare senza ritardo a AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia) ogni eventuale integrazione o variazione che si dovesse verificare in relazione ai dati ed alle informazioni forniti con il presente modulo.

Data _____

Firma del Cliente (Contraente/Assicurato) _____





**Informativa antiriciclaggio (articoli di riferimento)
(Decreto legislativo n. 231/2007)**

Obbligo di astensione – art. 42

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
3. (...).
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

Obblighi del cliente / sanzioni

Art. 22, comma 1 - I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

Art. 55, comma 3 - Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

Nozione di titolare effettivo

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D. Lgs. n.231/2007

la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Nozione di persona politicamente esposta

Art. 1, comma 1, lettera dd) D. Lgs. 231/2007 così come modificato dal D. Lgs. 125/2019

Personae politicamente esposte: 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 di 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.

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO CHE IDENTIFICA IL CLIENTE

Il/La sottoscritto/a [COGNOME E NOME IN STAMPATELLO]

in qualità di

responsabile / addetto all'attività di intermediazione all'interno dei locali, n. iscrizione RUI

addetto all'attività di intermediazione all'esterno dei locali, RUI Sez E nr. _____
dell'intermediario Eurete S.r.l. o relativo partner distributivo _____

dichiara, sotto la propria responsabilità sia civile che penale, di aver provveduto, di persona, all'identificazione del Cliente indicato nel presente Modulo, mediante riscontro dei dati dallo stesso ivi forniti con i dati acquisiti dal documento di identificazione allegato.



Data _____ FIRMA _____

MODULO DI NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
(da compilarsi da parte del Contraente/Assicurato in caso di scelta della garanzia Decesso)
Polizza "Vita & Salute Convenzioni"

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO		NUMERO DI POLIZZA
Cognome e Nome		
Codice Fiscale		

AVVERTENZE

- Può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa potrà incontrare, al decesso del Contraente/Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata all'impresa in forma scritta

Io sottoscritto Contraente/Assicurato, con la sottoscrizione della presente polizza, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

☐ **DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

☐ **DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome/Ragione Sociale _____

Nome _____

Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo/Sede Legale _____

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione del beneficiario con il Contraente/Assicurato (barrare una casella)

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)

☐ Altro

Barrare la seguente casella se il Contraente/Assicurato desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato ☐

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome/Ragione Sociale _____

Nome _____

Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo/Sede Legale _____

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione del beneficiario con il Contraente/Assicurato (barrare una casella)

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio)

☐ Altro

Barrare la seguente casella se il Contraente/Assicurato desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato ☐

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/ Ragione Sociale _____

Nome _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: il Contraente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati all'Impresa.

Data _____ Firma del Contraente/Assicurato _____