



Polizza collettiva n. ....

Contraente .....

Contratto di Prestito n. ....

ASSICURATO - COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: febbraio 2022

### 1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

La società CNP Vita Assicurazione S.p.A., con sede in Via Scarsellini, 14, 20161 Milano (MI), (di seguito, la "Società"), agisce in qualità di titolare del trattamento, da intendersi come soggetto che determina le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali relativi all'assicurato/aderente/beneficiario/contraente (di seguito l'"Interessato"), ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza") stipulata dal Contraente, a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali si riferisce. I dati personali sono stati raccolti e trasmessi alla Società attraverso il contraente/intermediario.

### 2. QUALI DATI SONO TRATTATI?

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

Nota Bene: qualora l'Interessato fornisca alla Società dati personali di eventuali soggetti terzi, lo stesso si impegna a comunicare a questi ultimi quanto contenuto nella presente informativa, anche mediante rinvio alla sezione Privacy del sito internet [www.gruppocnp.it](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 avvalgono le Società) e
  - per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La 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, 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 (es. agenti, brokers, etc.);
  - reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi e partecipazione a focus group consumatori;
  - consultazione di sistemi di informazioni 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;
  - trasmissione di dati personali all'interno del gruppo imprenditoriale per fini amministrativi interni;
  - 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.

#### 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 consortili 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) **opporvi** 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) **opporvi** 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\\_gruppcnpegalmail.it](mailto:dpo_gruppcnpegalmail.it), o tramite posta all'indirizzo della Società - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, 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?

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, CNP Vita S.c.a.r.l., Via Scarsellini 14, 20161 Milano (MI). 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 mail: 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).

#### Consenso al trattamento dei dati

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_  
luogo data



**CNP Vita Assicurazione S.p.A.**  
Via Scarsellini, 14 20161 Milano  
[www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it)  
Tel. +39 02 2775.1  
Pec: [cnpvita\\_assicurazione@legalmail.it](mailto:cnpvita_assicurazione@legalmail.it)

Società soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A. – Sede Legale: via Scarsellini, 14 20161 Milano (ITALIA) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 pubblicato sulla G.U. n. 82 del 07/04/1992 – Capitale sociale Euro 25.480.080 i.v. – Registro delle Imprese di Milano, C. Fiscale e P. IVA 10210040159 – Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00103 – Tel. +39 02 2775.1 – Pec: [cnpvita\\_assicurazione@legalmail.it](mailto:cnpvita_assicurazione@legalmail.it) – [www.gruppocnp.it](http://www.gruppocnp.it)

## Dichiarazione di buono stato di salute

### Polizza Temporanea in caso di morte in forma collettiva a premio unico e a Capitale decrescente abbinata a Prestiti personali rimborsabili mediante cessione di quote dello stipendio/pensione

Il/la Sottoscritto/a ..... avendo richiesto all'Ente Finanziatore ..... un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento illustrato nel contratto di Prestito n. ...., mediante cessione di quote dello stipendio/pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche,

• **Dichiara di essere consapevole che:**

- a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- b) **prima della sottoscrizione della Dichiarazione di buono stato di salute, il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella stessa;**
- c) **l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.**

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando .....

• **Dichiara, ai fini dell'assunzione del rischio di premorienza:**

- di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale/addominale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, estrazione dentale o chirurgia estetica, parto, deviazione del setto nasale);
- di non essere in attesa di ricovero, di non essere o essere stato negli ultimi 12 mesi sottoposto a terapia farmacologica continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- di non essersi sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari (quali ad esempio risonanza magnetica, TAC, ecografia, scintigrafia, radiografie, mammografie, biopsie) che abbiano dato esito fuori dalla norma;
- di non essere in attesa di effettuare visite specialistiche, esami clinici o di ricevere esiti di esami effettuati recentemente, diversi da quelli di routine (es. controllo colesterolemia, controllo glicemia, visite oculistiche, visite ginecologiche, pap-test, ecc.);
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, leucemia, linfonodi ingrossati, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardio, aneurisma, emorragia cerebrale, epatite, cirrosi epatica, obesità, disturbi al pancreas o all'intestino, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio (asma, salvo rinite allergica, o bronchite cronica, enfisema) o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV, AIDS, di malattie del sistema nervoso e della psiche;
- che tutte le dichiarazioni rese, necessarie alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazioni, sono veritiere, precise e complete.

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando .....

#### DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome ..... Cognome ..... Città .....

Telefono ..... e-mail .....

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando .....

#### Dati raccolti da

Intermediario del credito ..... OAM n. ....

Agente/Collaboratore: Nome ..... Cognome .....

Luogo e data .....

Firma dell'Agente/Collaboratore .....

# Consenso

## Il Sottoscritto

COGNOME e NOME

CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

DATA DI NASCITA

SESSO

NUMERO DI TELEFONO

INDIRIZZO E.MAIL

avendo richiesto all'Ente finanziatore .....un

Prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento illustrato nel Contratto di Prestito n.

..... mediante cessione di quote dello

stipendio/pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche,

- **dichiara di dare il consenso, ai sensi dell'Art. 1919 del Codice Civile, all'Ente finanziatore, come sopra indicato, alla stipulazione di un'assicurazione sulla propria vita a beneficio dello stesso Ente finanziatore, a garanzia dell'estinzione del contratto di Prestito sopra precisato, in caso di sua premorienza;**
- **dichiara di essere a conoscenza della possibilità di richiedere all'Impresa di Assicurazione, per il tramite della Contraente, le Condizioni di Assicurazione.**

Luogo e data ..... Firma dell'Assicurando .....

### Dati raccolti da

Intermediario del credito .....OAM n. ....

Agente/Collaboratore: Nome..... Cognome .....

Luogo e data ..... Firma dell'Agente/Collaboratore.....

# Rapporto di Visita Medica Online

La compilazione può essere effettuata da PC, Tablet o Smartphone con connessione Internet

**Richiedente**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Richiedo al mio Medico Curante la compilazione del Rapporto di Visita Medica (RVM) come da «Istruzioni per il Medico» sotto riportate.

Preciso che:  SONO TITOLARE di pensione/rendita d'invalidità/inabilità.  
 NON SONO TITOLARE

**DOCUMENTI INDISPENSABILI** per consentire al Medico la compilazione del RVM:

- **TESSERA SANITARIA**
- **VERBALE D'INVALIDITÀ** (solo se titolare di relativa pensione/rendita)

**Istruzioni per il Medico**

1. Richiedere al proprio assistito (Richiedente) la **Tessera Sanitaria** e, qualora sia titolare di pensione/rendita d'invalidità/inabilità, il relativo **Verbale d'Invalidità**.
2. Collegarsi al sito: <https://web.avivaitalia.it/toolrvm>
3. Compilare il Rapporto di Visita Medica  
**ATTENZIONE!**
  - Per procedere è necessario compilare tutti i campi e cliccare Continua in basso a destra.
  - Se il proprio assistito (Richiedente) è titolare di pensione/rendita di invalidità/inabilità è necessario visionare il relativo Verbale e riportare tutte le patologie sul RVM Online.
  - I riquadri della sezione CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE ED EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO sono compilabili anche se non risulta visibile il cursore lampeggiante.
4. Validare e Inviare il Rapporto di Visita Media alla Compagnia Assicurativa
  - a) Controllare la correttezza della PEC precedentemente inserita e cliccare su Continua;
  - b) Il codice OTP di conferma arriverà alla PEC inserita in circa 1 minuto; il codice OTP a 8 cifre è consultabile all'interno dell'allegato alla PEC denominato «postacert.eml»
  - c) Inserire nell'apposito spazio il codice OTP ricevuto e cliccare su Invia;
5. Se l'OTP è corretto, un messaggio conferma il completamento e l'invio del RVM. È possibile effettuare il download del RVM in formato PDF cliccando su Scarica PDF.

**Numero di Assistenza per il Medico redigente: tel. +39 02 65509238**  
(servizio attivo dal lunedì al venerdì, ore 09:00-13:00 / 14:00-18:00)