

Aviva Top Pension

Piano Individuale Pensionistico
di Tipo Assicurativo - Fondo Pensione

Tariffa PX4

Modulo di Adesione

FAC SIMILE



Aviva S.p.A.
Via A. Scarsellini 14 20161 Milano
www.aviva.it
Tel: +39 02 2775.1
Fax: +39 02 2775.204
Pec: aviva_spa@legalmail.it

MODULO DI ADESIONE
Aviva Top Pension
Piano Individuale Pensionistico
di Tipo Assicurativo - Fondo Pensione
Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il nr° 5027
(TARIFFA PX4)

MODULO DI ADESIONE

N°

Questo è il numero attribuito al Modulo cui entrambe le Parti Contraenti faranno riferimento. La numerazione definitiva di Polizza è quella che verrà attribuita da Aviva S.p.A. direttamente con la Lettera Contrattuale di Conferma.

ATTENZIONE: l'Adesione al PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO "AVIVA TOP PENSION" deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento "Informazioni chiave per l'Aderente". La Nota Informativa, il Regolamento del Fondo e le Condizioni Generali di Contratto sono disponibili nella pagina del Fondo presente nella Sezione previdenziale del sito www.aviva.it; gli stessi documenti verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'Aderente.

Codice Sog. Incaricato	Codice Agenzia	Soggetto Incaricato
------------------------	----------------	---------------------

ADERENTE	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE		SESSO	
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROV.	CITTADINANZA		
	RESIDENZA (Via e N. Civico)	C.A.P. E LOCALITÀ		PROV.	STATO	
	C.IDENT. <input type="checkbox"/> PASSAP. <input type="checkbox"/> PAT.GUIDA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>	ESTREMI DOC.: NUMERO	DATA RILASCIO	RILASCIATO DA (Ente e Luogo)	DATA SCADENZA	
	PROFESSIONE	TITOLO DI STUDIO *	ATTIVITÀ ECONOMICA:			
		Sottogruppo		Gruppo/Ramo		
INDIRIZZO E-MAIL			NUMERO CELLULARE			

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

BENEFICIARI	L'Aderente designa i seguenti Beneficiari:
	IN CASO DI VITA DELL'ADERENTE ALLA SCADENZA: L'Aderente
	IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE NELLA FASE DI ACCUMULO:
Luogo e data	FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

STATUS/ATTIVITÀ DELL'ADERENTE	ATTIVITÀ DELL'ADERENTE
	L'Aderente dichiara di essere (barrare la/e casella/e interessata/e):
	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente del settore pubblico <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente del settore privato <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo o libero professionista <input type="checkbox"/> Soggetto diverso da quelli precedenti
	DATI DELL'ADERENTE
	L'Aderente dichiara di essere (barrare l'eventuale casella/e interessata/e):
	<input type="checkbox"/> Lavoratore iscritto ad altra forma pensionistica complementare prima del 28/04/1993 e che successivamente non ha riscattato la relativa posizione previdenziale (c.d. "vecchio iscritto") <input type="checkbox"/> Lavoratore con prima iscrizione alla previdenza obbligatoria:
	<input type="checkbox"/> fino al 28/04/1993 <input type="checkbox"/> dal 29/04/1993
	Data di prima adesione ad una forma pensionistica complementare alla quale non sia seguito l'esercizio del diritto di riscatto totale

DATORE DI LAVORO	DATI DEL DATORE DI LAVORO (DA INDICARE SOLO NEL CASO VENGA PREVISTO IL CONFERIMENTO DEL TFR MATURANDO)	
	RAGIONE SOCIALE	PARTITA IVA
	CODICE FISCALE	SETTORE DI ATTIVITÀ
	INDIRIZZO	N. C.A.P.
	LOCALITÀ	COMUNE PROV. NAZIONE
	RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL

CONTRIBUZIONE ANNUA

La contribuzione al presente Contratto sarà:

- a carico dell'Aderente
- attraverso il conferimento del TFR maturando
- contributo del datore di lavoro (nei limiti ed alle condizioni previste dagli accordi applicabili all'Aderente).

CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO (Tariffa PX4):

Età ipotetica per il raggiungimento dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza: Anni _____

Durata convenzionale della Fase di Accumulo: Anni _____ Data di adesione/conclusione: _____

Il contributo versato all'atto dell'adesione è pari ad Euro _____

I contributi successivi al primo su base annua sono pari ad Euro _____ e sono versati con frequenza:

Frazionamento: Annuale Trimestrale Mensile

I contributi annui a carico dell'Aderente verranno versati:

in cifra fissa per un importo pari a Euro _____

in percentuale pari a:

Lavoratori autonomi e liberi professionisti

– _____ % del reddito d'impresa o di lavoro autonomo dichiarato ai fini IRPEF relativo al periodo d'imposta precedente;

Lavoratori dipendenti

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

Soci lavoratori di cooperative di produzione e lavoro

– _____ % del _____

(indicare la base imponibile in base alla tipologia del rapporto di lavoro)

Il primo versamento dovrà essere pari all'importo riportato alla voce Contributo versato all'atto dell'adesione.

SPESE: (Art. 15 Spese):

- **spesa percentuale:** è pari al 2% e viene calcolata sul contributo annuo o sulla rata trimestrale o mensile del contributo e sugli eventuali versamenti aggiuntivi.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:**CONTRIBUZIONE A CARICO DELL'ADERENTE****Modalità di versamento del primo contributo e dei contributi successivi:**

Il pagamento dei contributi a carico dell'Aderente viene effettuato utilizzando la procedura di addebito sul rapporto IBAN sottoindicato. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi, fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO

Il Correntista autorizza il competente Istituto di Credito ad addebitare i contributi sul proprio rapporto

codice IBAN: _____

TFR E CONTRIBUTI A CARICO DEL DATORE DI LAVORO**Modalità di versamento del TFR e contributi a carico del datore di lavoro:**

In caso di conferimento alla presente forma pensionistica complementare del TFR maturando e dell'eventuale contributo a carico del datore di lavoro, i versamenti dovranno essere effettuati mediante bonifico bancario sul conto corrente nr. 30078396 intestato ad Aviva S.p.A. – CODICE IBAN IT48V0200809434000030078396 specificando nella causale il nome dell'Aderente, il numero del Modulo di Adesione e che i versamenti derivano da TFR maturando o da contributo a carico del datore di lavoro.

In ogni caso la data di valuta, varia a seconda della tipologia del mezzo di pagamento utilizzato:

- in caso di bonifico bancario, la valuta è il giorno riconosciuto dalla banca ordinante;
- in caso di addebito in conto, la valuta è il giorno coincidente con la Data di Decorrenza e, per i contributi successivi, le ricorrenze periodiche previste.

Luogo e data

FIRMA DEL CORRENTISTA

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

CONOSCENZE IN MATERIA DI PREVIDENZA

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.

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")?

- sì no

6. Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, 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 va riportato solo in caso di risposta alle domande 7, 8 e 9 e costituisce un ausilio nella scelta fra le diverse opzioni di investimento offerte dal Fondo Pensione, sulla base della seguente griglia di valutazione:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

	Punteggio fino a 4	Punteggio tra 5 e 7	Punteggio tra 8 e 12
Categoria del Comparto	<ul style="list-style-type: none">• Garantito• Obbligazionario puro• Obbligazionario misto	<ul style="list-style-type: none">• Obbligazionario misto• Bilanciato	<ul style="list-style-type: none">• Bilanciato• Azionario

La scelta di un percorso *life-cycle* 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.

Le seguenti attestazioni sono ALTERNATIVE fra loro:

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

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

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

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

PERCORSO DI INVESTIMENTO:

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

L'Aderente sceglie di destinare i contributi ai seguenti Comparti e nelle seguenti percentuali:

- SCELTA GARANTITA (Categoria: GARANTITO): _____ % Gestione Interna Separata GEPI
- SCELTA GUIDATA (LIFE-CYCLE): _____ %
- SCELTA LIBERA:
 - AVIVA PIP AZIONARIO (Categoria: AZIONARIO) _____ %
 - AVIVA PIP OBBLIGAZIONARIO (Categoria: OBBLIGAZIONARIO PURO) _____ %
 - AVIVA PIP BILANCIATO (Categoria: BILANCIATO) _____ %
 - AVIVA PIP FLESSIBILE (Categoria: BILANCIATO con stile di gestione FLESSIBILE) _____ %
 - Gestione Interna Separata GEPI (Categoria: GARANTITO) _____ %

Le modalità di allocazione dei contributi sono regolate all'Art. 21 "SCELTE D'INVESTIMENTO" delle Condizioni generali di Contratto alle quali si rimanda.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Aderente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Generali di Contratto disponibili sul sito web del Fondo e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni Generali di Contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli e formulari) - i seguenti articoli e norme: Art. 4 "Limitazioni del Capitale Caso Morte Aggiuntivo"; Art. 5 "Dichiarazioni dell'Aderente"; Art. 6 "Sottoscrizione e Conclusione del Contratto"; Art. 7 "Perfezionamento e Decorrenza del Contratto"; Art. 8 "Diritto di Recesso"; Art. 18 "Riscatto della Posizione Individuale"; Art. 23 "Pagamenti della Compagnia"; Art. 25 "Cedibilità, Sequestrabilità e Pignorabilità" e l'Allegato 1 "Clausola di Rivalutazione".

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso. L'esercizio del diritto di recesso libera l'Aderente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto.

L'Aderente, per esercitare il diritto di recesso, deve rivolgersi direttamente al Soggetto Incaricato e/o inviare alla Compagnia una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno contenente gli elementi identificativi della Posizione individuale.

La comunicazione scritta va inviata al seguente indirizzo:
Aviva S.p.A., Via A. Scarsellini, 14 - 20161 MILANO

La Compagnia, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Compagnia antecedentemente alla data di decorrenza del Contratto il contributo eventualmente versato;
 - qualora la richiesta di recesso pervenga alla Compagnia dal giorno della data di decorrenza del Contratto la somma dei seguenti due importi:
 - l'eventuale parte di contributo destinata alla Gestione Interna GEPI;
 - l'eventuale contributo, destinato ad uno o più Fondi Interni Assicurativi, maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del secondo giorno di Borsa aperto successivo al ricevimento, da parte della Compagnia, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza del Contratto;
- la Compagnia trattiene dall'importo da rimborsare all'Aderente - a titolo di spesa di emissione del Contratto - una spesa fissa pari a Euro 50,00.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

DICHIARAZIONI

L'Aderente:

- dichiara di aver ricevuto e preso espressa visione del documento denominato "Informazioni chiave per l'Aderente" e del documento denominato "La mia pensione complementare" versione standardizzata relativi al Piano Individuale Pensionistico AVIVA TOP PENSION;
- di essere informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa, il Regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile all'indirizzo www.aviva.it;
- dichiara di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti;
- ricevuto il documento contenente i dati essenziali dell'Intermediario e della sua attività, nonché le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente;
- di aver preso visione delle indicazioni in ordine ai caricamenti ed alla facoltà della Compagnia di variare le basi di calcolo dei coefficienti di conversione in rendita;
- dichiara di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite e conferma che tutte le dichiarazioni contenute nel presente Modulo di Adesione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte;
- che il soggetto incaricato della raccolta delle adesioni ha richiamato l'attenzione:
 - sulle informazioni contenute nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente";
 - con riferimento ai costi, sull'Indicatore sintetico del costo (ISC) riportato nel documento "Informazioni chiave per l'Aderente";
 - in merito ai contenuti del documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, redatto in conformità alle istruzioni COVIP, precisando che lo stesso è volto a fornire una proiezione della posizione individuale e dell'importo della prestazione pensionistica attesa, così da consentire la valutazione e la rispondenza delle possibili scelte alternative rispetto agli obiettivi di copertura pensionistica che si vuole conseguire;
 - circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
 - circa la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo disponibile sul sito web del Fondo all'indirizzo www.aviva.it;
- di aver sottoscritto il "Questionario di autovalutazione".

L'Aderente prende atto che:

- il Contratto, con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, è concluso e che Aviva S.p.A. – la Compagnia – si impegna a riconoscere PIENA VALIDITÀ CONTRATTUALE al presente Modulo, fatti salvi l'ultimo comma dell'articolo "DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE" delle Condizioni Generali di Contratto ed errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa;
- il Contratto decorre dal secondo giorno di Borsa aperto successivo alla data di pagamento del primo contributo. La Compagnia invia all'Aderente la Lettera Contrattuale di Conferma, quale documento contrattuale che definisce il ricevimento del primo contributo da parte della Compagnia e che riporta i dati identificativi del contratto;
- gli importi dei versamenti si intendono al lordo delle spese a carico dell'Aderente di cui alla Scheda dei Costi della Sezione I – "Informazioni chiave per l'Aderente" e all'Art. 7 "Spese" del Regolamento del Fondo.

L'Aderente dichiara di AVER LETTO ed ACCETTATO quanto riportato in merito ai TERMINI DI DECORRENZA sopra indicati.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

L'Aderente dichiara inoltre di:

Non essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare

Essere titolare di una posizione presso altra forma pensionistica complementare denominata

iscritta all'Albo COVIP con il n° in relazione alla quale:

ha ricevuto, preso visione e sottoscritto la relativa "Scheda dei costi" la cui copia è parte integrante del presente Modulo di Adesione

non ha ricevuto la relativa "Scheda dei costi" in quanto la forma pensionistica complementare in oggetto non è tenuta a redigerla.

Luogo e data

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

Spazio riservato al Soggetto Incaricato

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

Cognome e Nome

Codice Sog. Incar.

Codice Ag.

Luogo

Data

Firma del Soggetto Incaricato

CASO 1

CONTRATTO COERENTE CON LE RICHIESTE E LE ESIGENZE DEL CONTRAENTE

L'Aderente dichiara di aver risposto a tutte le domande del presente Questionario.

Il Soggetto Incaricato:

[Nome – Cognome – Codice] _____

attesta la coerenza del contratto proposto con le richieste e le esigenze così emerse.

Luogo e data,

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

CASO 2

CONTRATTO NON COERENTE CON LE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

L'Aderente dichiara di aver risposto a tutte le domande del presente Questionario.

Il Soggetto Incaricato:

[Nome – Cognome – Codice] _____

dichiara di aver informato l'Aderente dei principali motivi sotto riportati, per i quali, sulla base delle informazioni ottenute, il contratto proposto non risulta coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

L'Aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

MOTIVAZIONI

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data,

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

CASO 3

RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' RISPOSTE

L'Aderente dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel presente Questionario o ad alcune di esse.

Il Soggetto Incaricato:

[Nome – Cognome – Codice] _____

dichiara di aver informato l'Aderente che ciò pregiudica la capacità di stabilire se il contratto proposto risulti coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

L'Aderente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Luogo e data,

FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO

FIRMA DELL'ADERENTE / TUTORE

Aggiornata il 25 maggio 2018

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Aviva 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 di dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (di seguito l'"Interessato") ai sensi della polizza assicurativa (la "Polizza") a cui la presente informativa sul trattamento dei dati personali è allegata.

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.aviva.it.

3. PER QUALI FINALITÀ SONO TRATTATI I DATI?

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

- FINALITÀ ASSICURATIVE:** I dati personali dell'Interessato vengono trattati
 - ai fini della stipula e esecuzione della Polizza, ivi inclusi eventuali rinnovi (comprese 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 degli incaricati di cui si avvale la Società), e
 - per la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (compreso, ad esempio, l'invio di comunicazioni funzionali all'iscrizione all'area clienti). La Società potrà eventualmente trattare dati giudiziari a Lei riferiti nell'ambito di: liquidazione sinistri, contenziosi, provvedimenti di Autorità pubbliche o giudiziarie, adempimenti normativi e regolamentari.
- FINALITÀ DI INTERESSE LEGITTIMO:** i Suoi dati potranno infine essere trattati per il perseguimento dell'interesse legittimo della Società o di altre società del gruppo Aviva, nell'ambito delle seguenti finalità:
 - Attività di test e risoluzione delle anomalie dei sistemi informatici;
 - Statistiche utilizzo sito web;
 - Reportistica e analisi statistiche dei prodotti assicurativi per il miglioramento degli stessi;
 - Verifiche di audit interno, controlli a campione sulle polizze e reportistica.

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 le FINALITÀ ASSICURATIVE di cui al precedente 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 le Finalità di Interesse Legittimo per il perseguimento dell'interesse legittimo del Titolare e delle proprie controparti allo svolgimento delle operazioni economiche ivi indicate 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 Finalità di Interesse Legittimo **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 i suoi Dati non potranno essere utilizzati per le Finalità di Interesse Legittimo.

5. COME VENGONO TRATTATI I DATI?

In relazione alle sopra indicate finalità, il trattamento dei dati avverrà sia attraverso l'ausilio di strumenti informatici o automatizzati sia su supporto cartaceo e, comunque, con strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

La valutazione del rischio (di cui al precedente paragrafo 3 a) si basa anche su un processo decisionale automatizzato che, tramite l'analisi delle caratteristiche dell'Interessato, permette di inquadrare lo stesso all'interno di uno specifico livello di rischio. Tale valutazione è necessaria ai fini della stipula e dell'esecuzione della Polizza.

Con riferimento all'adozione del processo decisionale automatizzato sopra indicato relativo ai dati sulla salute, lo stesso può avvenire unicamente con il previo consenso dell'Interessato. Tuttavia, in mancanza di detto consenso, la Società non potrà accettare la domanda di Polizza.

Resta inteso che l'Interessato ha in ogni momento il diritto di opporsi al processo decisionale automatizzato sopra descritto.

6. A CHI VENGONO COMUNICATI I DATI?

I dati personali dell'Interessato potranno essere comunicati a soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, per esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; banche distributrici e intermediari finanziari, agenti, subagenti, produttori, brokers e altri canali di distribuzione; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; banche dati, organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile e a fornitori di servizi informatici o di archiviazione.

L'elenco aggiornato delle società a cui saranno comunicati i dati personali dell'Interessato, che potranno agire, a seconda dei casi, in qualità di responsabili del trattamento o autonomi titolari del trattamento, potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla Società, all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa. I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. I DATI VENGONO TRASFERITI ALL'ESTERO?

I dati personali forniti potranno essere liberamente trasferiti fuori dal territorio nazionale a Paesi situati nell'Unione europea. L'eventuale trasferimento dei dati personali dell'Interessato in Paesi situati al di fuori dell'Unione europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso ai sensi della normativa applicabile.

L'Interessato avrà il diritto di ottenere una copia dei dati detenuti all'estero e di ottenere informazioni circa il luogo dove tali dati sono conservati facendone espressa richiesta alla Società all'indirizzo di cui al paragrafo 8 della presente informativa.

8. QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO?

Fermo restando la possibilità dell'Interessato di non conferire i propri dati personali, lo stesso potrà, in ogni momento e gratuitamente:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano ed averne comunicazione;
 - conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici;
 - chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei dati che lo riguardano;
 - 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;
 - 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;
 - opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi Dati per Finalità di Legittimo Interesse.
- L'Interessato potrà altresì, in qualsiasi momento,
- chiedere alla Società la limitazione del trattamento dei suoi dati personali nel caso in cui:
 - l'Interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario alla Società per verificare l'esattezza di tali dati personali;
 - il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
 - benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'Interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del Regolamento Privacy in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;

- h) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali;
- i) chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e
- 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

Le relative richieste potranno essere inoltrate alla Società via email al seguente indirizzo: privacy_aviva@aviva.com, o tramite posta all'indirizzo Gruppo Aviva - Servizio Privacy, Via Scarsellini 14, 20161, Milano.

9. CHI SONO I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?

La Società ha nominato responsabile del trattamento, tra gli altri, Aviva Italia Servizi Scarl, 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 email: dpo.italia@aviva.com, 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 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, anonimizzati o aggregati.

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.aviva.it.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto dichiaro di avere ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nella documentazione messa a mia disposizione, di essere consapevole che il trattamento dei miei dati relativi alla salute, eventualmente forniti, anche tramite un processo decisionale automatizzato, è necessario per le finalità assicurative descritte nel paragrafo 3 dell'informativa e, pertanto, acconsento a tale trattamento.

Luogo e data

FIRMA

Aviva S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_spa@legalmail.it



Aviva S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano Pec: aviva_spa@legalmail.it Capitale Sociale Euro 247.000.000,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1284961 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale 09269930153 Partita IVA 10540250965 Società appartenente ad Aviva Gruppo IVA Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18240 del 28/07/1989 (Gazzetta Ufficiale n. 186 del 10/08/1989) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00081 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00008



FAC SIMILE

AUTOCERTIFICAZIONE CRS E FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

Proposta nr _____

Polizza nr. _____

DATI IDENTIFICATIVI

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ADERENTE
COGNOME E NOME
CODICE FISCALE

AUTOCERTIFICAZIONE CRS E FATCA AI FINI DELLO SCAMBIO AUTOMATICO OBBLIGATORIO DI INFORMAZIONI FISCALI

L'Aderente dichiara: 1. di avere residenza fiscale al di fuori dell'Italia; e/o 2. di avere cittadinanza negli USA;		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
IN CASO DI RISPOSTA "SI" riportare nel seguente box il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W-9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto):		
STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/NIF	NEL CASO IN CUI IL TIN/NIF NON SIA DISPONIBILE SPECIFICARE LA MOTIVAZIONE
1.		
2.		
CITTADINANZA		
1.		
2.		

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

In caso di risposta NO, qualora tra i dati anagrafici forniti risultino indizi di americanità, l'Aderente dovrà fornire la seguente documentazione:

- documento valido ai fini identificativi non USA (carta d'identità o passaporto);
- copia del certificato di Perdita di Cittadinanza USA ("Individual Certificate of Loss of Nationality of the United States").

La Compagnia si riserva di verificare l'attendibilità delle informazioni fornite.

Informativa ai fini FATCA e CRS

Il sottoscritto dichiara che tutte le informazioni fornite con riferimento alle normative FATCA e CRS sono state rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e di essere consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese.

I dati fiscali raccolti saranno oggetto di procedura di adeguata verifica in materia fiscale ("due diligence") per l'identificazione e la successiva comunicazione obbligatoria alle Autorità Fiscali ai sensi della normativa Common Reporting Standard/FATCA vigente.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi "cambio di circostanza" che modifichi i dati precedentemente comunicati, compreso il domicilio laddove trasferito all'estero.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale, derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza.

Luogo e Data

Firma dell'Aderente

FAC SIMILE