Planner – tar. C12 B - Mod. VITA58602 – ed. 6/2018

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5074

MODULO DI ADESIONE A PLANNER – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO

Attenzione: L'adesione a **PLANNER** – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO deve essere preceduta dalla consegna e presa visione del documento 'Informazioni chiave per l'aderente'. La Nota informativa, il Regolamento e le Condizioni generali di contratto sono disponibili sul sito **www.italiana.it** e verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Spazio a cura del Soggetto incaricato del collocamento

Codice Agenzia _____ Agenzia di _____ Sub Agenzia_____ Codice Sub Agenzia _____

Cod. Intermediario Mod. 7B_____ Cod. intermediario 3_____

DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE				
Cognome	Nome	Codice fiscale		
Sesso M ☐ F ☐	Data di nascita ___/___/_____	Località di nascita	Prov.	Nazione di nascita
Doc. di riconoscimento[1]	N. documento	Emesso il ___/___/_____	Ente di rilascio	
Residente in		CAP	Località	Prov.
Domiciliato in		CAP	Località	Prov.

DATI ANAGRAFICI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE PER ADERENTI MINORI O INCAPACI				
Cognome	Nome	Codice fiscale		
Sesso M ☐ F ☐	Data di nascita ___/___/_____	Località di nascita	Prov.	Nazione di nascita
Doc. di riconoscimento[1]	N. documento	Emesso il ___/___/_____	Ente di rilascio	
Domiciliato in		CAP	Località	Prov.

[1] **C.I.** (carta d'identità); **PAT** (patente); **PAS** (passaporto); **POR** (porto d'armi); **L.P.** (libretto pensionistico); **ALB** (documento d'iscrizione all'albo professionale); **TES** (tessera di identificazione militare)

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - CAPITALE SOCIALE € 40.455.077,50 I.V. - REG. IMP. MILANO, CODICE FISCALE E N. PARTITA IVA 00774430151 - R.E.A. MILANO N. 7851 - SOCIETÀ CON UNICO SOCIO: SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI - SOCIETÀ SOGGETTA AD ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DELLA SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI - ISCRITTA AL N. 1.00004 DELL'ALBO DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE ED APPARTENENTE AL GRUPPO ASSICURATIVO REALE MUTUA, ISCRITTO AL NUMERO 006 DELL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI

Iscritto alla previdenza obbligatoria in data: ☐ ante 29/04/1993 ☐ post 29/04/1993 ☐ non ancora iscritto

Data prima adesione ad una **forma pensionistica complementare: ___/___/_____**

DATI DELL'AZIENDA/ASSOCIAZIONE (solo in caso di lavoratori dipendenti)	
Azienda	Tel.
Codice Fiscale/Partita IVA	
Indirizzo	E-mail
L'Azienda/ Associazione sopra indicata è delegata alla raccolta e al versamento dei contributi con le modalità indicate nella Convenzione o nel Modulo di Raccolta dati dalla medesima sottoscritto.	

CONDIZIONE PROFESSIONALE DELL'ADERENTE (sezione obbligatoria)				
CCNL di riferimento_____				
☐ Lavoratore dipendente		☐ Lavoratore autonomo/libero professionista	☐ Soggetto fiscalmente a carico di iscritto al fondo	☐ Soggetto diverso da quelli precedenti
☐ Privato/Soci Lavoratori di Cooperative	☐ Pubblico			

TITOLO DI STUDIO (sezione obbligatoria)			
☐ Nessuno	☐ Licenza elementare	☐ Licenza Media Inferiore	☐ Diploma professionale
☐ Diploma media superiore	☐ Diploma Universitario/ Laurea Triennale	☐Laurea/Laurea Magistrale	☐ Specializzazione post laurea

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

Denominazione altra forma pensionistica:_____	
Numero di iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____	
L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:	
☐ Consegnata	☐ Non consegnata*
* Non è prevista la consegna della Scheda dei costi solo nel caso in cui l'altra forma pensionistica non è tenuta a redigerla.	
Indicare se si intende chiedere il **trasferimento su PLANNER** della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce	
☐ Si	☐ No

BENEFICIARI DESIGNATI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE			
☐ Eredi			
☐ Beneficiari (solo se diversi dagli eredi)			
Quota	**Normativo/Ragione Sociale**	**Residenza**	**Codice fiscale/Partita IVA**

ADESIONI INDIVIDUALI SENZA APPORTO DEL TFR	
Contribuzione dell'Aderente	Premio/Contributo dell'aderente: €_____ = **Premio versato*:** € _____
Periodicità dei versamenti	☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale
Variabilità del premio	☐ Costante ☐ Crescente del _____% annuo
Modalità di pagamento	☐ Agenzia (escluso frazionamento mensile) ☐ SDD* - addebito diretto su c/c intrattenuto presso BANCA _____ FILIALE _____ IBAN _____

*Nel caso in cui l'aderente scelga la periodicità mensile, l'importo ivi indicato deve essere relativo ai primi tre mesi. Trascorsi i primi tre mesi, sarà addebitato un importo, tramite SDD, pari a 1/3 di quanto indicato alla voce "premio/contributo dell'Aderente".

ADESIONE INDIVIDUALE RELATIVA A RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE CON APPORTO DEL TFR ED EVENTUALMENTE DEL CONTRIBUTO DATORIALE E/O PROPRIO	
☐ Contributo del TFR:	☐ 100% del TFR ☐ Altra percentuale del TFR _____%
☐ Contributo del datore di lavoro:	☐ Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR _____% ☐ Importo annuo costante €_____
☐ Contributo del lavoratore:	☐ Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR _____% ☐ Importo annuo costante €_____

PRESTAZIONI ASSICURATIVE FACOLTATIVE (riservato agli Aderenti con un età compresa tra i 18 ed i 50 anni)

L'Aderente chiede di attivare una delle prestazioni assicurative accessorie previste dall'art. 14 del Regolamento di PLANNER e disciplinate dalle Sezioni D ed E delle Condizioni Generali di Contratto, prestando il proprio assenso ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.
Scegliere un solo tipo di prestazione:

☐ Caso di premorienza ☐ Caso di premorienza o invalidità totale e permanente

L'Aderente **non può assicurarsi senza accertamenti sanitari per un capitale caso morte complessivo superiore a 300.000,00 euro**, indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti dalla Compagnia.

L'Aderente dichiara quanto segue in merito al suo stato di salute consapevole che le seguenti notizie di ordine sanitario costituiscono elemento fondamentale per l'assunzione del rischio da parte della Compagnia:

- di trovarsi attualmente in buona salute e di svolgere regolarmente la sua professione abituale;
- di non svolgere un'attiva professionale pericolosa;
- di non praticare attività sportive pericolose;
- di non essere affetto da malattie o lesione gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato e di non avere malformazioni gravi o invalidità;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e visitato ai quali Italiana Assicurazioni S.p.A. ritenesse opportuno rivolgersi per le informazioni.

Conferma che le dichiarazioni rese sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza, consapevole del fatto che, in caso contrario, il contratto relativo alla prestazione accessoria non sarà valido.

Luogo e Data: _____ **Firma dell'Aderente:** _____

Revoca del Modulo di adesione: prima dell'entrata in vigore del contratto, l'aderente può revocare l'adesione tramite raccomandata inviata a Italiana Assicurazioni S.p.A. ed in tal caso verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla revoca stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato.
Diritto di Recesso: entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, l'aderente può, inviando una raccomandata a Italiana Assicurazioni S.p.A., recedere dal contratto. Il recesso decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio ed ha effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto stesso. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso, Italiana Assicurazioni S.p.A. rimborsa all'aderente il premio da questi corrisposto.

Avvertenze: Il sottoscritto è responsabile della completezza e della veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti e si impegna a comunicare alla Società ogni variazione che dovesse intervenire.

Firma dell'Aderente_____

Pagamento del premio: il primo premio è versato direttamente in agenzia. Qualora il premio fosse superiore a 50.000 euro dovrà essere rimesso a mezzo bonifico SEPA sul conto corrente bancario intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A. presso BANCA REALE S.p.A., indicando come causale: CODICE AGENZIA - PLANNER - COGNOME DELL'ADERENTE. **CODICE IBAN: IT38 T031 3801 0000 0001 0397 107.**

Nel caso di pagamento con mezzi non direttamente indirizzati all'Impresa, ovvero all'Agente nella sua qualità di intermediario dell'Impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Compagnia è rappresentata dall'indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta del presente modulo di adesione.

Versamento in agenzia: si dà quietanza dell'importo di euro _____ versato il …./…./…..... nelle mani del sottoscritto_____

Firma del soggetto incaricato alla riscossione:

_____ in_____ li,_____

L'aderente dichiara:

- di aver ricevuto il documento "Informazioni chiave dell'aderente" e il documento "La mia pensione complementare - versione standardizzata";
- di essere stato informato della possibilità di richiedere la Nota Informativa, il Regolamento del fondo e ogni altra documentazione attinente il fondo pensione, comunque disponibile sul sito www.italiana.it
- di aver sottoscritto la "Scheda dei costi" della forma pensionistica a cui risulta già iscritto, la cui copia è allegata al presente Modulo di adesione **(per coloro che sono già iscritti ad altra forma pensionistica complementare che redige la Scheda dei costi);**
- 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 dei costi (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 della 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 la possibilità di effettuare simulazioni personalizzate mediante un motore di calcolo presente sul sito www.italiana.it
  - ✓ circa il diritto di beneficiare dei contributi del datore di lavoro nel caso di adesione alla forma pensionistica di natura collettiva di riferimento;
- di aver sottoscritto il "Questionario di Autovalutazione"
- di assumere ogni responsabilità in merito alla completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione eventualmente richiesti.

Luogo e Data: _____

Firma dell'Aderente o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace_____

Il prodotto rientra nella normativa FATCA

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Il presente Questionario è uno strumento che aiuta l'Aderente a verificare il proprio livello di conoscenza in materia previdenziale ed ad orientarsi tra le diverse opzioni di investimento

CONOSCENZE IN MATERIA PREVIDENZIALE

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 forme pensionistiche 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 versate sono disponibili soltanto al momento del pensionamento ovvero del raggiungimento dell'età pensionabile 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)?** ___%

5. **Ha confrontato tale previsione con quella a Lei resa disponibile dall'INPS tramite il sito web ovvero a Lei recapitata a casa tramite la "busta arancione" (cosiddetta "La mia pensione")?**
   - ☐ Si
   - ☐ No

6. **Ha verificato il documento "La mia pensione complementare", versione standardizzata, al fine di decidere quanto versare al fondo pensione per ottenere un'integrazione della Sua pensione di base, tenendo conto delle Sua situazione lavorativa?**
   - ☐ Si
   - ☐ No

CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE

Per trarre indicazioni sulla congruità dell'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 quanto 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 tra 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	- Garantito - Obbligazionario puro - Obbligazionario misto	- Obbligazionario misto -Bilanciato	- Bilanciato - Azionario

Luogo e Data: _____

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.

Firma dell'Aderente o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace_____

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 CONGRUITA' DELLA SCELTA PREVIDENZIALE non consente di utilizzare la griglia di valutazione come ausilio per la scelta dell'opzione di investimento.

Firma dell'Aderente o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace_____

Firma del soggetto incaricato del collocamento: _____

PLANNER

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5074

Informativa privacy per gli aderenti ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n.2016/679

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (di seguito "Regolamento") e in relazione ai dati personali che La riguardano, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, richiesti o acquisiti all'atto di adesione a Planner istituito da Italiana Assicurazioni S.p.A. (Gruppo Reale Mutua) (di seguito, "Fondo Pensione") e nel corso del rapporto con lo stesso, e che formeranno oggetto del trattamento, La informiamo di quanto segue:

1. BASE GIURIDICA E FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

La base giuridica del trattamento dei dati e costituita dalla Sua adesione (perfezionata o perfezionanda) al Fondo Pensione.
I Suoi dati personali saranno trattati:
- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio, ai sensi del d.lgs. 5 dicembre 2005, n.252;
- per gli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonchè da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.

2. MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno trattati - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirLe i servizi da Lei richiesti e/o in Suo favore previsti, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate. Il trattamento sarà svolto all'interno dell'organizzazione del Gruppo Reale Mutua da dipendenti e collaboratori autorizzati a svolgere le specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità indicate al punto 1 della presente informativa. Per talune attività, inoltre, il Fondo Pensione si potrà avvalere di soggetti di fiducia (talvolta anche situati al di fuori dell'Unione Europea) che svolgono, per suo conto, compiti di natura tecnica e organizzativa.
I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, nonché con l'iter di archiviazione delle pratiche. In particolare, abbiamo l'obbligo di osservare i termini prescrizionali (di norma 10 anni) e i termini stabiliti dalla normativa regolarmente tipica del settore (IVASS) prima di procedere alla cancellazione o alla trasformazione in forma anonima dei dati.

3. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

Italiana Assicurazioni S.p.A. potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi del trattamento, soggetti tutti cosi costituenti la cosiddetta "catena assicurativa".
In particolare, i dati potranno essere comunicati:
- alle imprese del Gruppo Reale Mutua controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo per le finalità amministrativo contabili, nonchè per l'acquisizione, la gestione e l'investimento delle somme versate dagli iscritti;
- ad assicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, fondi pensione; sim; legali;
- a società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o di archiviazione; società di consulenza per la tutela giudiziaria; società di servizi di investigazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni ai sottoscrittori di Planner); società di revisione contabile e certificazione di bilancio; società di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- all'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati e obbligatoria;
- alla COVIP (Commissione di Vigilanza sui fondi pensione) per i compiti istituzionali dell'Autorità nonchè ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente;
- a organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, nonché enti ed organi nazionali nei quali le imprese assicuratrici sono rappresentate;
- a Istituti scientifici di studi assicurativi, di istruzione professionale e stampa tecnica assicurativa;
- ad altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati e obbligatoria.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

4. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, sempre nell'ambito delle finalità indicate al punto 1. della presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti.

5. DIRITTO DELL'INTERESSATO (EX. ARTT. 12 – 23 DEL REGOLAMENTO)

Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità su cui si basa il trattamento, nonchè della logica applicata ai casi di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici. L'interessato ha inoltre diritto di ottenere, se ne ricorrano i presupposti di legge e secondo le modalità previste dal Regolamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonchè la rettifica dei dati personali inesatti o, se vi sia interesse, l'integrazione degli stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati, di chiedere la limitazione del trattamento e di esercitare il diritto alla portabilità. L'interessato ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per quanto di sua competenza.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, o per entrare in contatto con il Responsabile della protezione dei dati, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" Italiana Assicurazioni - Via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 - E-mail: **benvenutinitaliana@italiana.it.**

6. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è la Società Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M. U. Traiano, 18 – Milano.

Consenso necessario

Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Nome e cognome dell'Aderente (leggibili) Luogo e data

_____ _____

_____
(firma)

Trattamento dei dati personali per finalità commerciali

Italiana Assicurazioni S.p.A. può ricorrere al trattamento dei Suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'informativa. Si tratta di finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto. Per questo motivo, Italiana Assicurazioni S.p.A. Le chiede di esprimere facoltativamente il consenso al trattamento dei Suoi dati con riferimento alle seguenti finalità:

a) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMA, etc), da parte di italiana Assicurazioni S.p.A. per le finalità commerciali, promozionali e offerte speciali:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

b) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMS, etc.), per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

c) per il trattamento dei Suoi dati personali, anche tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo MMS o SMS, etc.) per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Nome e cognome dell'Aderente (leggibili) Luogo e data

_____ _____

_____
(firma)