

Feelgood – tar. C11 B Mod. VITA58589 – ed. 3/2018



Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione  
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5053

**MODULO DI ADESIONE A FEELGOOD – PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO**

**Attenzione:** L'adesione a **FEELGOOD** – 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](http://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<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Data di nascita<br>____/____/____ | Località di nascita         | Prov.            | Nazione di nascita |
| Doc. di riconoscimento <sup>1</sup>                            | N. documento                      | Emesso il<br>____/____/____ | 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<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Data di nascita<br>____/____/____ | Località di nascita         | Prov.            | Nazione di nascita |
| Doc. di riconoscimento <sup>1</sup>                            | N. documento                      | Emesso il<br>____/____/____ | Ente di rilascio |                    |
| Domiciliato in                                                 |                                   | CAP                         | Località         | Prov.              |

<sup>1</sup> 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)

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

| TITOLO DI STUDIO (sezione obbligatoria)             |                                                                     |                                                   |                                                       |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nessuno                    | <input type="checkbox"/> Licenza elementare                         | <input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore  | <input type="checkbox"/> Diploma professionale        |
| <input type="checkbox"/> Diploma media<br>superiore | <input type="checkbox"/> Diploma Universitario/<br>Laurea Triennale | <input type="checkbox"/> Laurea/Laurea Magistrale | <input type="checkbox"/> Specializzazione post laurea |

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

|                                                                                                                                                 |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Denominazione altra forma pensionistica: _____                                                                                                  |                                          |
| Numero di iscrizione Albo tenuto dalla COVIP: _____                                                                                             |                                          |
| L'attuale Scheda dei costi della sopraindicata altra forma pensionistica mi è stata:                                                            |                                          |
| <input type="checkbox"/> Consegnata                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 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 <b>trasferimento su FEELGOOD</b> della posizione maturata nell'altra forma pensionistica cui già si aderisce |                                          |
| <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No              |

| Scelte delle linee di investimento                                                                                                                                               |                                                        |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Si consiglia di effettuare la scelta dell'opzione di investimento dopo aver compilato il Questionario di autovalutazione riportato più avanti (la somma delle % deve essere 100) |                                                        |                                                   |
| Italiana Linea Prudente _____%<br>(Linea Obbligazionaria Pura)                                                                                                                   | Italiana Linea Equilibrio _____%<br>(Linea Bilanciata) | Italiana Linea Futuro _____%<br>(Linea Azionaria) |

| BENEFICIARI DESIGNATI IN CASO DI MORTE DELL'ADERENTE               |                           |           |                            |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eredi                                     |                           |           |                            |
| <input type="checkbox"/> Beneficiari (solo se diversi dagli eredi) |                           |           |                            |
| Quota                                                              | Normativo/Ragione Sociale | Residenza | Codice fiscale/Partita IVA |
|                                                                    |                           |           |                            |
|                                                                    |                           |           |                            |

| ADESIONI INDIVIDUALI SENZA APPORTO DEL TFR |                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Contribuzione dell'Aderente</b>         | Premio/Contributo dell'aderente: € _____ +<br>Caricamento per spese di adesione: € __ 10,00 _____ =<br><b>Premio versato*:</b> € _____                                                        |
| <b>Periodicità dei versamenti</b>          | <input type="checkbox"/> Mensile <input type="checkbox"/> Trimestrale <input type="checkbox"/> Semestrale <input type="checkbox"/> Annuale                                                    |
| <b>Variabilità del premio</b>              | <input type="checkbox"/> Costante<br><input type="checkbox"/> Crescente del _____ % annuo                                                                                                     |
| <b>Modalità di pagamento</b>               | <input type="checkbox"/> Agenzia (escluso frazionamento mensile)<br><input type="checkbox"/> SDD* - addebito diretto su c/c intrattenuto presso<br>BANCA _____<br>FILIALE _____<br>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 |                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contributo del TFR:                                                                                            | <input type="checkbox"/> 100% del TFR<br><input type="checkbox"/> Altra percentuale del TFR _____ %                                                       |
| <input type="checkbox"/> Contributo del datore di lavoro:                                                                               | <input type="checkbox"/> Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR _____ %<br><input type="checkbox"/> Importo annuo costante € _____ |
| <input type="checkbox"/> Contributo del lavoratore:                                                                                     | <input type="checkbox"/> Percentuale della retribuzione assunta per il calcolo del TFR _____ %<br><input type="checkbox"/> 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 FEELGOOD e disciplinate dalle Sezioni E ed F 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'attività 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 - FEELGOOD - 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](http://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](http://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")?**

- ☐ Sì
- ☐ 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?**

- ☐ Sì
- ☐ 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<br>- Obbligazionario puro<br>- Obbligazionario misto | - Obbligazionario misto<br>- Bilanciato | - Bilanciato<br>- 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:** \_\_\_\_\_

# FEELGOOD

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – Fondo Pensione  
iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il n. 5053

## Informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), Italiana Assicurazioni S.p.A. fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti.

### 1. FINALITA' E MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a Feelgood, sono effettuati:

- 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, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori di Italiana Assicurazioni S.p.A., incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità di Italiana Assicurazioni S.p.A. e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

### 2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite da Feelgood.

### 3. RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti comporta l'impossibilità di dare seguito alla domanda di adesione a Feelgood presentata dall'interessato.

### 4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Italiana Assicurazioni S.p.A. potrà comunicare i dati personali acquisiti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività:

- alle Società del Gruppo Reale Mutua 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, sim; legali;
- a società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni ai sottoscrittori di Feelgood); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi;
- 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 è obbligatoria.
- alla COVIP (Commissione di Vigilanza sui fondi pensione) per i compiti istituzionali dell'Autorità nonché ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente.

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

## 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice Privacy garantisce all'interessato, tra gli altri, i seguenti diritti:

- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza, anche per il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.

## 6. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il titolare del trattamento è Italiana Assicurazioni S.p.A.- Via M.U. Traiano, 18 - Milano.

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 non esiti a rivolgersi al nostro Servizio "Benvenuti in Italiana" - Via M. U. Traiano 18, 20149 Milano - Numero Verde 800 101313 - E-mail: [benvenutinitaliana@italiana.it](mailto:benvenutinitaliana@italiana.it)

-----; /-----  
Luogo e Data

-----  
Nome e Cognome dell'interessato

-----  
Firma

### Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A. al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela e di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati alle Società del Gruppo Reale Mutua e a società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti in ambito assicurativo.

L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in Informativa.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi indicati nell'Informativa.

Pertanto, a seconda che Lei sia o meno interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati barrando una delle sottostanti caselle:

☐ Esprimo il consenso

☐ Nego il consenso

-----; /-----  
Luogo e Data

-----  
Nome e Cognome dell'interessato

-----  
Firma