

Intermediato da:



Via Carducci, 6 - 37010 Affi (VR)  
tel. +390456265064 - fax +390456265039  
www.icglobalgroup.com



Proposta di Polizza n. \_\_\_\_\_

Codice Intermediario **9 0 9 9 3 0**

Codice Ufficio

Codice Collaboratore

# ASPECTA

ASPECTA Assurance International  
Luxembourg S. A.  
Sede secondaria in Italia  
Piazza della Repubblica 32, I - 20124 Milano

## Proposta di Assicurazione sulla vita legata a fondi ASPECTA Italia Unit Linked

Contraente  F  M

### OLTRE L'ORIZZONTE

Cognome e nome/Ragione sociale  Cod. sottogruppo (tab. 1 sul retro)  Cod. gruppo/ramo (tab. 2 sul retro)

Luogo di nascita  Data di nascita  Stato civile  Nazionalità

Cod. fisc. Piva  Tel.  Cell.  E-mail

Residenza/Sede: Via, n. civico  CAP  Frazione/Località  Prov.

Tipo di documento:  Carta d'identità  Passaporto  Altro (specificare)  N. documento

Rilasciato da  Luogo del rilascio  Data del rilascio  Data di scadenza

Allegare copia del documento di riconoscimento

Professione/Attività esercitata (descrizione dettagliata)  Altezza cm  Peso Kg

#### Assicurato 1 (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e nome  Relazione con il contraente   F  M

Luogo di nascita  Data di nascita  Stato civile  Nazionalità

Cod. fisc.  Telefono  E-mail

Residenza/Sede: Via, n. civico  CAP  Frazione/Località  Prov.

Professione/Attività esercitata (descrizione dettagliata)  Altezza cm  Peso Kg

#### Assicurato 2

Cognome e nome   F  M

Luogo di nascita  Data di nascita  Stato civile  Nazionalità

Cod. fisc.  Telefono  E-mail

Residenza/Sede: Via, n. civico  CAP  Frazione/Località  Prov.

Professione/Attività esercitata (descrizione dettagliata)  Altezza cm  Peso Kg

#### Beneficiari caso morte

Contraente

Altri  Cognome e nome  Cod. fisc. Piva

#### Informazioni relative al contratto

Decorrenza  Età all'entrata  Durata periodo pagamento dei premi  anni

#### Premio annuo

Premio 1<sup>a</sup> annualità\*  Fraz.  A  S  T  M  Importo di rata  Decorrenza periodo flessibilità

#### Incremento annuo del premio

Nessun incremento  Altro  % (min. 2% - max 10%) - In assenza di diversa indicazione l'incremento sarà pari al 5%

#### Premio unico

Importo premio unico\*  Costi di stipula  % + 0,5% del premio unico

Somma complessiva dei premi  (premio annuo moltiplicato per il periodo di pagamento dei premi, o premio unico)

Compilare con penna a sfera nera! Barrare la casella prescelta! ☒

Foglio 1: ASPECTA - Foglio 2: Intermediario - Foglio 3: Contraente



## Scelta dei fondi

Investimento individuale (Quota minima per ciascun fondo: 1%)

Fondo	Quota (min. 1%)
Seven Stars Invest	%
APF - Linea mondiale	%
APF - Linea bilanciata	%
APF - Linea europea	%
APF - Linea nord america	%
DWS FlexPension	%
UBS (Lux) Short Term Invest - EUR A	%

Completare con penna a sfera nera! Barrare la casella prescelta!

## Prestazione principale

### Minimo garantito in caso di morte

(l'importo corrisponde ad un valore pari ad una percentuale tra l'1% e il 300% della somma complessiva dei premi per il premio annuo, e l'1% e il 200% per il premio unico)

Euro o  % della somma complessiva dei premi

### Copertura aggiuntiva nel caso di incapacità al guadagno

SI  NO

## Garanzie complementari

morte per infortunio (somma assicurata pari al **DOPPIO** del minimo garantito in caso di morte)

Tasso: MASCHIO 1,0286‰ FEMMINA 0,371‰  
 Formula del calcolo: ("Minimo garantito in caso morte" x "Tasso M/F") + € 15  
 Esempio: MASCHIO - Minimo garantito in caso di morte € 100.000  
 (€ 100.000 x 1,0286‰) + € 15 = € 117,86  
 FEMMINA - Minimo garantito in caso di morte € 100.000  
 (€ 100.000 x 0,371‰) + € 15 = € 52,10

morte per incidente stradale (somma assicurata pari al **TRIPLIO** del minimo garantito in caso di morte)

Tasso: MASCHIO 0,743‰ FEMMINA 0,2857‰  
 Formula del calcolo: ("Minimo garantito in caso morte" x "Tasso M/F") + € 15  
 Esempio: MASCHIO - Minimo garantito in caso di morte € 100.000  
 (€ 100.000 x 0,743‰) + € 15 = € 89,30  
 FEMMINA - Minimo garantito in caso di morte € 100.000  
 (€ 100.000 x 0,2857‰) + € 15 = € 43,57

## Garanzie supplementari

### Premio al perfezionamento

	Maschio				Femmina			
	ANN	SEM	TRIM	MEN	ANN	SEM	TRIM	MEN
<input type="checkbox"/> <b>ENTRY</b>								
Diara da ricovero € 50	135,00	68,00	34,00	11,00	111,00	56,00	28,00	9,00
Diara da gesso € 50	49,00	25,00	12,00	4,00	49,00	25,00	12,00	4,00
Invalità permanente da infortunio € 100.000	103,00	52,00	26,00	9,00	103,00	52,00	26,00	9,00
<b>Totale</b>	<b>287,00</b>	<b>145,00</b>	<b>72,00</b>	<b>24,00</b>	<b>263,00</b>	<b>133,00</b>	<b>66,00</b>	<b>22,00</b>
<input type="checkbox"/> <b>MEDIUM</b>								
Diara da ricovero € 100	240,00	120,00	60,00	20,00	192,00	96,00	48,00	16,00
Diara da gesso € 50	49,00	25,00	12,00	4,00	49,00	25,00	12,00	4,00
Invalità permanente da infortunio € 150.000	145,00	72,00	36,00	12,00	145,00	72,00	36,00	12,00
<b>Totale</b>	<b>434,00</b>	<b>217,00</b>	<b>108,00</b>	<b>36,00</b>	<b>386,00</b>	<b>193,00</b>	<b>96,00</b>	<b>32,00</b>
<input type="checkbox"/> <b>HIGH</b>								
Diara da ricovero € 150	344,00	172,00	86,00	29,00	273,00	136,00	68,00	23,00
Diara da gesso € 50	49,00	25,00	12,00	4,00	49,00	25,00	12,00	4,00
Invalità permanente da infortunio € 250.000	228,00	114,00	57,00	19,00	228,00	114,00	57,00	19,00
<b>Totale</b>	<b>621,00</b>	<b>311,00</b>	<b>155,00</b>	<b>52,00</b>	<b>550,00</b>	<b>275,00</b>	<b>137,00</b>	<b>46,00</b>

## Modalità di pagamento del premio di perfezionamento

- Assegno bancario non trasferibile** intestato ad ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A., n.   
 banca  importo
- Bonifico bancario** intestato ad ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. presso l'UNICREDIT - BANCA D'IMPRESA, IBAN IT 82 E 03226 01601 000030098140, oppure presso il BANCOPOSTA, IBAN IT 37 E 07601 01600 00005917363
- Rimessa Interbancaria Diretta (RID)** (modalità possibile solo su polizze a premio annuo)
- Bollettino postale** su BANCOPOSTA, IBAN IT 37 E 07601 01600 00005917363



I premi successivi verranno pagati a mezzo di rimessa RID oppure tramite bonifico bancario o bollettino postale su BANCOPOSTA, IBAN IT 37 E 07601 01600 00005917363

Proposta di Polizza n. Foglio 1: ASPECTA - Foglio 2: Intermediario - Foglio 3: Contraente



**QUESTIONARIO (per polizze senza visita medica con: età inferiore anni 50 - capitale assicurato inferiore o uguale a € 300.000,00; età uguale o superiore anni 50 - capitale assicurato inferiore o uguale a € 150.000,00)**

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla società. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia (art. 1892 Codice Civile)

**ASSICURATO 1**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | sì                       | no                       |
| 1. Ritiene di essere in buone condizioni di salute?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsilectomia, erniotomia, meniscectomia, fratture degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, epilessia, malattie croniche renali, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Assume o ha assunto negli ultimi dodici mesi farmaci in modo regolare e continuativo per il trattamento delle patologie e/o disturbi indicati al punto precedente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fuma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha subito negli ultimi tre anni episodi di infortunio che hanno richiesto un ricovero ospedaliero?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. a) Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione vita, infortuni, di invalidità o malattia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ha sottoscritto in passato polizze vita, infortuni, invalidità o malattia o ha proposto in corso di perfezionamento? In caso di risposta affermativa, indicare nel riquadro sottostante il tipo di copertura e la relativa somma assicurata richiesta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Costituzione: Altezza  cm      Peso  Kg

12. Pressione Arteriosa:  Min.       Max.

In caso di risposta negativa alla domanda nr. 1 e di risposta affermativa alle domande da nr. 2 a nr. 10 si prega di fornire informazioni dettagliate nel riquadro sottostante e di allegare copia della documentazione sanitaria riguardante le patologie pregresse e/o attuali (es. cartelle cliniche, esiti di accertamenti strumentali, analisi di laboratorio e/o visite specialistiche di controllo, medicinali assunti regolarmente, nr. di sigarette fumate al giorno, ecc.):

**Dichiarazioni dell'Assicurando sulla propria attività Professionale/Sportiva**      sì      no

La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare) gli sport più comuni come paracadutismo, deltaplano, parapendio, o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc).

**ASSICURATO 2**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | sì                       | no                       |
| 1. Ritiene di essere in buone condizioni di salute?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Negli ultimi 5 anni è mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi chirurgici (ad esclusione di interventi di appendicectomia, adeno-tonsilectomia, erniotomia, meniscectomia, fratture degli arti, varici, chirurgia estetica, parto)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 5 anni ha subito cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital dai quali sia emersa una malattia cardiovascolare, disturbi circolatori, ipertensione, ictus e/o malattia del fegato quale epatopatia acuta o cronica e/o malattia polmonare, tumorale, del sangue, dell'apparato urogenitale, respiratorio, osteo-articolare, digerente, del sistema endocrino-metabolico quali diabete, malattie della tiroide e/o del sistema nervoso o della psiche, epilessia, malattie croniche renali, paralisi, AIDS o patologie ad esso correlate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Assume o ha assunto negli ultimi dodici mesi farmaci in modo regolare e continuativo per il trattamento delle patologie e/o disturbi indicati al punto precedente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha effettuato negli ultimi 12 mesi esami di laboratorio da cui siano emersi valori fuori dalla norma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha fatto uso regolare e continuativo, o ne fa attualmente, di sostanze stupefacenti e/o di alcoolici?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fuma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha subito negli ultimi tre anni episodi di infortunio che hanno richiesto un ricovero ospedaliero?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gode di pensione per malattia od invalidità o ne ha fatto richiesta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. a) Le è mai stata declinata, rinviata o accettata a condizioni aggravate una proposta di assicurazione vita, infortuni, di invalidità o malattia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ha sottoscritto in passato polizze vita, infortuni, invalidità o malattia o ha proposto in corso di perfezionamento? In caso di risposta affermativa, indicare nel riquadro sottostante il tipo di copertura e la relativa somma assicurata richiesta?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Costituzione: Altezza  cm      Peso  Kg

12. Pressione Arteriosa:  Min.       Max.

In caso di risposta negativa alla domanda nr. 1 e di risposta affermativa alle domande da nr. 2 a nr. 10 si prega di fornire informazioni dettagliate nel riquadro sottostante e di allegare copia della documentazione sanitaria riguardante le patologie pregresse e/o attuali (es. cartelle cliniche, esiti di accertamenti strumentali, analisi di laboratorio e/o visite specialistiche di controllo, medicinali assunti regolarmente, nr. di sigarette fumate al giorno, ecc.):

**Dichiarazioni dell'Assicurando sulla propria attività Professionale/Sportiva**      sì      no

La sua attività professionale e/o sportiva la espone a particolari pericoli? (es. contatto con sostanze chimiche, esplosive, radioattive, venefiche e/o tossiche oppure contatto con condutture di alta tensione e/o accesso ad impalcature, a miniere, gallerie, a torri e/o a piattaforme di trivellazione, missioni umanitarie, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare) gli sport più comuni come paracadutismo, deltaplano, parapendio, o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc).

**Accettazione della proposta**

La Compagnia ha facoltà di accettare la presente proposta a propria esclusiva discrezione, inviando al Contraente l'originale del certificato di assicurazione. In caso di mancata accettazione della Proposta da parte della Compagnia, quest'ultima sarà unicamente tenuta a rimborsare il premio pagato dal Contraente, senza alcuna altra obbligazione a suo carico.

**Decorrenza della copertura**

In caso di accettazione della proposta da parte della Compagnia, la copertura del rischio ai sensi di polizza inizierà alla decorrenza della polizza stessa. Nel periodo intercorrente dalle ore 24.00 della data di ricevimento del premio da parte della Compagnia fino al momento in cui decorre la copertura ai sensi di polizza, oppure fino al momento in cui viene revocata la proposta da parte del Contraente o da parte della Compagnia, la Compagnia concede una copertura provvisoria pari al premio versato.

Completare con penna a sfera nera! Barrare la casella prescelta!

Proposta di Polizza n.

Foglio 1: ASPECTA - Foglio 2: Intermediario - Foglio 3: Contraente





### Diritto di ripensamento (ai sensi del D. Lgs. 7 dicembre 2005, n. 209)

Il Contraente ha facoltà di revocare la presente proposta con comunicazione scritta inviata alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita prima di essere informato dell'accettazione da parte di quest'ultima. Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la Compagnia rimborserà al Contraente il premio pagato, diminuito delle spese fissate a 25 Euro.

In ogni caso, il Contraente potrà recedere dal contratto di assicurazione con comunicazione scritta inviata alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata a.r. spedita entro 30 giorni dal momento in cui è stato informato dell'accettazione della presente proposta. Entro 30 giorni dal ricevimento di detta comunicazione, la Compagnia rimborserà al Contraente il premio pagato diminuito della parte relativa al rischio corso, per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese di emissione fissate a 50 Euro.

### Dichiarazioni

- Il Contraente e gli Assicurati dichiarano, ai sensi degli artt. 1892-1893 del Cod. Civ., che le notizie contenute nella presente proposta e nei questionari, da Loro rese, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dagli Assicurati possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, sia il Contraente che gli Assicurati devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario. Gli Assicurati dichiarano, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averli curati e/o visitati, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni ed atti sanitari siano, dall'Assicuratore stesso, comunicati e sottoposti all'esame di persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.
- Il Contraente e l'Assicurato prendono atto che qualora il minimo garantito in caso di morte ecceda determinati limiti, variabili nel tempo, la copertura del rischio è comunque subordinata all'esito di una visita medica da parte dell'Assicurato. Maggiori informazioni al riguardo possono essere ottenute dalla Compagnia.
- Il Contraente dichiara che tutte le informazioni rilasciate nel presente modulo sono veritiere anche ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal Dlgs. 231/07, art. 21 (Obblighi del cliente).

Luogo, Data		Annotazioni	
Il Contraente	L'Assicurato 1 (o i suoi legali rappresentanti)	L'Assicurato 2	

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente proposta, la Scheda Sintetica, le Parti I e II del Prospetto Informativo e le Condizioni di Polizza e di conoscerle e accettarle integralmente. Dichiaro inoltre di essere a conoscenza della possibilità di ottenere - su richiesta - la Parte III del Prospetto Informativo ed il Regolamento dei Fondi interni/OICR cui sono direttamente collegate le prestazioni del contratto.

Luogo, Data	Il Contraente	L'Intermediario
-------------	---------------	-----------------

### Autorizzazione all'inoltro elettronico della corrispondenza

La Compagnia si riserva di mettere a disposizione dei Contraenti che avranno fornito il proprio indirizzo e-mail personale, un servizio di recapito elettronico della corrispondenza relativa al contratto. Il Contraente dichiara di essere consapevole che tale modalità informativa, qualora attivata, sostituisce l'invio delle comunicazioni cartacee, e accetta espressamente, anche ai fini del D.Lgs. 196/2003, che le comunicazioni relative all'esecuzione del contratto gli vengano recapitate all'indirizzo di posta elettronica indicato nel presente modulo. Prende altresì atto ed accetta che la mancata indicazione dell'indirizzo e-mail personale comporta l'utilizzo delle ordinarie modalità di comunicazione, anche successivamente all'avvio del servizio.

Indirizzo e-mail	Il Contraente
------------------	---------------

### R.I.D. - Autorizzazione permanente di addebito in C/C

IBAN

#### Dati relativi al debitore

Sottoscrittore del modulo	Intestatario del conto (da compilare solo se diverso dal sottoscrittore)
Nome e cognome (3) _____	Anagrafica _____
Indirizzo _____	
Località _____	
Cod. fisc. <input type="text"/>	Cod. fisc. <input type="text"/>

**(3) Il sottoscrittore del modulo** deve essere sempre persona fisica. Nel caso di C/C intestato a persona giuridica coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di C/C intestato a persona fisica coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

Il sottoscrittore autorizza la Banca a margine ad addebitare sul C/C indicato, nella data di scadenza dell'obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore (ferma restando la valuta originaria concordata), tutti gli ordini di incasso elettronici inviati dall'Azienda e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice su riportate (o aggiornate d'iniziativa dall'Azienda), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito.

**Il sottoscrittore ha facoltà di opporsi all'addebito entro:**

data scadenza o data prorogata dal creditore (Non ammesso nel caso di Utenze) **ovvero**  5 gg. lav. dopo data scadenza o data prorogata dal creditore

Le parti hanno facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello previsto nel contratto di conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da darsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscritto prende atto che sono applicate le condizioni già indicate nel contratto di conto corrente, in precedenza sottoscritto fra le parti, o comunque rese pubbliche presso gli sportelli della Banca e tempo per tempo vigenti. Per quanto non espressamente previsto dalle presenti disposizioni, sono applicabili le "Norme che regolano i conti correnti di corrispondenza e servizi connessi" a suo tempo sottoscritte delle parti, che formano parte integrante del presente contratto.

Luogo, Data	Firma del sottoscrittore
-------------	--------------------------

Completare con penna a sfera nera! Barrare la casella prescelta!

Proposta di Polizza n.

Foglio 1: ASPECTA - Foglio 2: Intermediario - Foglio 3: Contraente





## INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la ASPECTA è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della ASPECTA stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

### 2. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Società di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

### 3. Conferimento dei dati

**Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:**

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

**L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali**

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

### 5. Comunicazione dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti e autofittorie; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Società di servizi informativi, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Com-

mercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);

- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

### 6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso i Paese dell'Unione Europea.

### 8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

### 9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la ASPECTA Assurance International S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo.

Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A.. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Piazza della Repubblica, 32, 20124 Milano, tel 02.36569250 fax. 02.36569269, indirizzo mail: italia@aspecta.it

### Formula del consenso

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili qualora gli stessi siano richiesti dalla tipologia del contratto assicurativo in via di sottoscrizione, nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera a) dell'informativa ricevuta. Il mancato consenso comporta per la Compagnia l'impossibilità di emettere e gestire la polizza di assicurazione.

Firma dell'Assicurato 1 (o i suoi legali rappresentanti)

Firma dell'Assicurato 2

- acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art. 1 lettere a) e b) dell'informativa ricevuta.

Firma del Contraente



