

Grazer Wechselseitige Versicherung AG – Direzione Commerciale per l'Italia
 Wasagasse 11/10 – 1090 Wien (Austria)
 Tel. +43-1-87.96.357 Fax +43-1-87.96.357-60 E-Mail: italia@grawe.at

Intermediario:	Codice:
----------------	---------

Nome del Proponente:	Nr. iscrizione al Registro Intermediari:	Nr. Direzione	Riferimento
----------------------	--	---------------	-------------

**RICHIESTA ASSICURAZIONE SULLA VITA:
 Polizza UNIT-LINKED GRAZER-UNIT-VALIF**

Selezione Tariffa: _____ a premi ricorrenti _____ a premio unico
 FL-1M FL-1A(Plus) FL-11 FL-11N

CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE (= persona assicurata) Sì No

Cognome (o Ragione Sociale) _____ Nome _____ Maschio Femmina

Data di nascita _____ Professione/seconda attività _____ Nazionalità _____

Indirizzo, Numero civico, Interno _____ Codice Postale, Nome località, Sigla Provincia _____

Codice Fiscale _____ Numero di Telefono _____ NDG _____

Richiede che i estratti conto e la corrispondenza relativa ai premi successivi del contratto venga inviata per e-mail all'indirizzo qui riportato: _____ E-Mail (scrivere in stampatello ben leggibile): _____

DIVERSO INDIRIZZO PER LA SPEDIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE: _____ Eventuale Riferimento (presso) _____

Indirizzo, Numero civico, Interno _____ Codice Postale, Nome località, Sigla Provincia _____

PERSONA ASSICURATA (se diversa dal contraente)
 Cognome _____ Nome _____ Maschio Femmina

Data di nascita _____ Professione/seconda attività _____ Nazionalità _____

Indirizzo, Numero civico, Interno _____ Codice Postale, Nome località, Sigla Provincia _____

Codice Fiscale _____ Numero di Telefono _____ E-mail: _____

Investimento finanziario: _____% **VALUE INVESTMENT FUNDS KLASSIK** (ISIN: AT0000990346)
 _____% **APOLLO "Linea Dinamica"** (ISIN: AT0000A0DXM1) _____% **APOLLO "Linea Bilanciata"** (ISIN: AT0000A0DXL3)
 _____% **APOLLO "Linea Prudente"** (ISIN: AT0000708755) _____% **SUPERIOR 3 Fondo Etico** (ISIN: AT0000A07HT5)
 _____% **APOLLO Sostenibile - Azionario Globale** (ISIN: AT0000A1EL54) _____% **APOLLO Sostenibile - Emerging Market Equity** (ISIN: AT0000746904)
 (selezionare al massimo tre fondi, riservando almeno il 10% dell'investimento complessivo a ciascun fondo)

Decorrenza richiesta: anni Durata: anni La data di decorrenza e la durata richieste devono essere coerenti con le regole contenute nei Documenti d'Offerta della Tariffa.

IMPORTO DEL PREMIO DELLA TARIFFA PRINCIPALE PER CIASCUNA SCADENZA: €

SOMMA COMPLESSIVA DEI PREMI DELLA TARIFFA PRINCIPALE (Premio Unico o Premio annuale x Anni di durata) €

IMPORTO DEL PREMIO COMPLESSIVO DA VERSARE A CIASCUNA SCADENZA: €
 (incluso il premio della eventuale copertura complementare)

Periodicità dei premi:
 annuali semestrali
 trimestrali mensili
 premio unico

Inclusione della garanzia complementare per esenzione dal pagamento dei premi, con completamento del piano in caso di invalidità superiore al 50% (solo per contratti a premi ricorrenti)

Cognome e nome del legale rappresentante che firma la richiesta di assicurazione (se Contraente società/ente o minore)

DOCUMENTO DI IDENTITA' (del Contraente o del suo legale rappresentante se società/ente o minore) - Allegare copia del documento

Tipo: Carta di identità Passaporto Patente

Numero:

Data del rilascio:

Autorità emittente:

QUESTIONARIO SANITARIO PER LA PERSONA DA ASSICURARE:

- 1) Nome e indirizzo del medico di famiglia o dell/i medico/i da cui è stato ultimamente in cura con indicazione del motivo dell'ultima visita: _____ Peso _____ kg - Altezza _____ cm - Risultato dell'eventuale Test-HIV: Non effettuato Negativo Positivo
- 2) Nell'esercizio della Sua professione o in altre attività da Lei svolte, anche nel tempo libero, è esposto a particolari situazioni di pericolo (contatto con veleni, esplosivi, pratica di sport pericolosi, ecc.). In caso affermativo, quali? No Si
- 3) Soffre o ha sofferto in passato di disturbi fisici, psichici o nervosi di qualsiasi genere. Sussistevano o sussistono malattie croniche o affezioni ripetute. Quali, quando? Dove è stato trattato? Con quali conseguenze? No Si
- 4) Vi sono stati in passato interventi chirurgici o ha dovuto sottoporsi o deve sottoporsi attualmente a trattamenti terapeutici, ricoveri ospedalieri o cure di qualsiasi tipo? In caso affermativo precisare quali, quando e per quanto tempo. No Si

Avvertenze relative al questionario sanitario: a) le dichiarazioni non vere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla polizza; b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

BENEFICIARIO IN CASO DI VITA: Contraente dell'assicurazione

Altro: VEDASI MODULO BENEFICIARI IRREGOLABILI CASO VITA ALLEGATO (solo in casi particolari è possibile determinare nominalmente fino a due persone quali beneficiari irregolabili per il caso vita, specificandone i motivi ai sensi dell'adeguata verifica del contratto).

BENEFICIARI IN CASO DI MORTE: Eredi legittimi o testamentari (in mancanza di diverse indicazioni)

Altro (Nome / Cognome / Codice Fiscale)

TITOLARE EFFETTIVO

- Il contraente dichiara di agire per proprio conto e che il denaro per il pagamento dei premi previsto dal contratto di assicurazione deriva dal proprio patrimonio personale (dal patrimonio dei propri genitori/rappresentanti legali nel caso di minori)
- Il contraente dichiara di agire quale fiduciario dei soggetti indicati insieme alle relative quote nell'appalto proposto facente parte della proposta (allegare documenti di identità e scheda identificativa di ciascun titolare effettivo)

RESIDENZA FISCALE (COMMON REPORTING STANDARD E FATCA)

- Il contraente dichiara di essere residente fiscalmente esclusivamente in ITALIA
- Il contraente dichiara di essere soggetto di imposta (anche) negli Stati Uniti d'America
- Il contraente dichiara di essere residente fiscalmente nel/i seguenti paese/i (indicare il paese ed il codice fiscale assegnato al contraente in ciascun paese)

Mi impegno a comunicare immediatamente alla Compagnia eventuali variazioni della mia residenza fiscale (luogo in cui sono soggetto a tassazione), e prendo atto che la liquidazione delle prestazioni da parte della Compagnia può avvenire – in conformità alle Condizioni di Assicurazione – solo se vengono fornite alla Compagnia le informazioni e attestazioni, da essa eventualmente richieste, in merito agli obblighi fiscali del Contraente del contratto e/o Beneficiario della prestazione.

ESERCIZIO DI FUNZIONI POLITICAMENTE ESPOSTE

- Il contraente dichiara che ne lui ne un suo congiunto (coniuge, genitore, figli e coniugi dei figli) ne una persona a lui vicina esercita una funzione politica rilevante, è giudice di un'alta corte o ricopre un incarico dirigenziale in una azienda pubblica od a partecipazione statale.
- Il contraente dichiara che lui stesso, un suo congiunto od una persona a lui vicina svolge una funzione politica a livello comunitario, nazionale o locale, è giudice di un'alta corte o ricopre una carica direttiva in una azienda pubblica od a partecipazione statale. Indicare precisamente il ruolo ricoperto.

EVENTUALI ANNOTAZIONI

MANDATO RELATIVO AL REGOLAMENTO DEI FLUSSI (INCARICO DI RISCOSSIONE)

Il Contraente richiede alla Compagnia di liquidare le prestazioni che maturino a scadenza o in caso di riscatto anticipato dal presente contratto a favore del proprio conto corrente bancario acceso presso una banca italiana con le coordinate:

I-BAN: _____**Banca:** _____

La Compagnia potrà pertanto liquidare tali prestazioni - attraverso l'Intermediario italiano da lei incaricato - solo ed esclusivamente mediante bonifico a favore delle coordinate sopra indicate (le quali possono tuttavia essere variate nel corso del contratto, fino al momento dell'erogazione della prestazione, indicando alla Compagnia un altro conto corrente del Contraente presso una banca italiana). La Compagnia ha incaricato il proprio rappresentante fiscale in Italia, GRAZER ASSICURAZIONI - DOMUS AUREA srl con Codice Fiscale 02117590303, di amministrare l'incasso dei premi in entrata e l'erogazione delle prestazioni derivanti dal presente contratto in Italia. In tale ambito GRAZER ASSICURAZIONI - DOMUS AUREA srl è tenuta:

1) Ad applicare in nome e conto della Compagnia l'imposta sostitutiva di cui all'Art. 26-ter del DPR 600 del 29/9/1973; 2) Ad applicare in nome e conto della Compagnia - per i contratti finanziari-assicurativi ad essa assoggettati - l'imposta di bollo italiana di cui al comma 2-ter dell'articolo 13 della Tariffa allegata al D.M. 21 ottobre 1972 n. 642; 3) A comunicare all'amministrazione finanziaria italiana i dati del Contraente, laddove il mandato di gestione dei flussi del contratto venga revocato o la erogazione della prestazione non avvenga verso la banca residente in Italia di cui sopra.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO UNICO O DEI PREMI RICORRENTI**Premio di perfezionamento (Premio unico o Premio iniziale):**

Il premio viene bonificato/accreditato contemporaneamente alla presentazione della richiesta di assicurazione a favore delle coordinate bancarie sotto indicate, indicando nella causale il Numero di Proposta.

Assegno (Bancario o Circolare) Nr. _____ intestato a **GRAZER WECHSELSEITIGE**

Il pagamento con assegno è possibile solo per i contratti a premi ricorrenti per un premio iniziale non superiore ad EUR 6.000,--

CONTO PER IL BONIFICO DEL PREMIO UNICO/DEI PREMI RICORRENTI:I-BAN: **IT77 1000 6912 3441 0000 0062 451** - BIC: **BCITITMM** (INTESA SANPAOLO SPA)Beneficiario: **GRAZER WECHSELSEITIGE****Premi successivi (solo per i contratti a premi ricorrenti):** Bonifico bancario alle coordinate sopra indicate

Addebito diretto in conto S.D.D.
(solo per premi fino ad EUR 6.000 / anno)

ATTENZIONE: Se il conto di addebito è intestato o (cointestato) al Contraente del contratto, è sufficiente compilare questo riquadro, altrimenti è necessario allegare un mandato S.D.D. compilato e firmato dal Terzo Pagatore.

MANDATO SEPA CORE DIRECT DEBIT - Creditore GRAZER ASSICURAZIONI - DOMUS AUREA SRL, Creditor-ID: 060010000002117590303 quale commissionario all'incasso del Creditore Effettivo GRAZER WECHSELSEITIGE VERSICHERUNG AG (Cod. Fiscale 94127040304)

Addebito: dal conto indicato nel Mandato regolamento flussi dalle seguenti coordinate di cui il Contraente sono (con)titolare

I-BAN: _____

Il sottoscritto Debitore autorizza i) il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa, ii) la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore (laddove il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa). Il sottoscritto ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato entro e non oltre 8 settimane dalla data di addebito in conto.

ATTENZIONE: NON SONO AMMESSI ALTRI MEZZI O FORME DI PAGAMENTO

Il sottoscritto - quale Contraente e/o Persona Assicurata - dichiara: i) di essere consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione della proposta e di accettare le Condizioni di assicurazione; ii) di aver ricevuto e preso visione del Documento contenente le informazioni chiave (KID), così come del Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) e delle Condizioni di Assicurazione relativi al prodotto da me sottoscritto; iii) di aver preso atto dell'informativa circa il diritto di revoca della proposta e di recesso dal contratto riportata nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita) e contenuto nella presente proposta.

Luogo: _____

Data: _____

Firma del contraente dell'assicurazione

Firma della persona da assicurare

CONSENSO PER FINI ASSICURATIVI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI

Preso atto dell'informativa di cui agli articoli 13 e 14 Regolamento UE 2017/679 riportata sul retro della presente proposta di assicurazione (e scaricabile dal sito www.grawe.it), di cui confermo di aver ricevuto e compilare, manifesto specifico consenso, ai sensi ed agli effetti degli articoli 7 e 9 del Regolamento UE 2017/679, al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili, per le finalità precisate nell'informativa medesima.

Prendo atto che senza questo consenso la Compagnia non potrà stipulare il contratto di assicurazione da me richiesto.

Firma del contraente dell'assicurazione

Firma della persona da assicurare

DICHIARAZIONE FINALE DEL CONTRAENTE-PROPONENTE

1. Solo il Richiedente è responsabile dell'esattezza e della completezza delle dichiarazioni, anche se la scrittura viene effettuata da altre persone.
2. Il Contraente dichiara ai sensi del § 1 comma 2 cifra 4 lettera a) della Legge Austriaca sull'Imposta sulle Assicurazioni (VersStG) di non avere, al momento del pagamento di ciascuna delle rate di premio previste dal contratto, in Austria né la residenza né un domicilio abituale se persona fisica, o che l'assicurazione non si riferisce ad alcuna stabile organizzazione o altro stabilimento permanente in Austria se azienda o società. Il Contraente si impegna inoltre a informare tempestivamente la Compagnia di eventuali variazioni che avvengano in proposito nel corso della durata del contratto di assicurazione.
3. Il Contraente conferma le sue indicazioni effettuate sulla proposta in merito al paese od ai paesi in cui risulta essere fiscalmente residente, così come ad eventuali suoi obblighi fiscali negli Stati Uniti (USA) e si impegna a comunicare alla Compagnia immediatamente eventuali variazioni al proposito. Il Contraente prende inoltre atto che la liquidazione delle prestazioni da parte della Compagnia può avvenire – in conformità alle Condizioni di Assicurazione – solo se vengono fornite alla Compagnia le informazioni e attestazioni, da essa eventualmente richieste, in merito agli obblighi fiscali del Contraente/Beneficiario. Il Contraente dichiara di essere informato che i dati del suo contratto vengono trasmessi alle autorità fiscali, sia nell'ambito degli obblighi nazionali italiani, che in ragione degli obblighi previsti dalla regolamentazione internazionale CRS (Common Reporting Standard).
4. Il Richiedente è obbligato a rispondere in modo corretto e completo alle domande riguardanti il suo stato di salute. Le informazioni incomplete o incorrette impediscono alla Compagnia di valutare correttamente lo stato di salute della persona da assicurare. Nel caso di dichiarazioni incomplete o inesatte la Compagnia ha la facoltà di recedere dal contratto e di negare le prestazioni in caso di sinistro.
5. Se dopo la presentazione della richiesta dovesse verificarsi un aggravio del rischio, il Richiedente è tenuto a informarne immediatamente la compagnia, non appena ha avuto notizia dell'aggravio stesso.
6. La sottoscrizione della presente richiesta non ha immediato effetto di protezione assicurativa. Il contratto di assicurazione è concluso con l'emissione della polizza o di una separata dichiarazione di accettazione. Prima di questo termine non esiste protezione assicurativa. L'inizio della copertura assicurativa dipende inoltre dal pagamento del premio iniziale.
7. Il Richiedente è consapevole che la conclusione del contratto può effettuarsi solo nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione attualmente valide della Compagnia, le cui disposizioni costituiscono parte integrante della richiesta. Il Richiedente conferma in particolare di avere ricevuto il testo integrale delle Condizioni di Assicurazione applicabili al suo contratto con il fascicolo precontrattuale che gli è stato consegnato (od inoltrato in via elettronica), in conformità alle disposizioni normative applicabili, prima della sottoscrizione della presente proposta.
8. Richieste, dichiarazioni o chiarimenti da parte del Richiedente, del Contraente dell'assicurazione o dell'Assicurato sono valide solo in forma scritta. La Compagnia viene validamente impegnata solo da atti scritti muniti dell'apposita firma.
9. Esclusivamente la Compagnia ha la facoltà di accogliere le richieste in vista della conclusione, del prolungamento o della modifica di contratti di assicurazione, per le quali devono essere utilizzati gli appositi moduli predisposti dalla Compagnia. L'intermediario assicurativo di cui il Richiedente si avvale per la presentazione della sua richiesta di conclusione di un nuovo contratto o di modifica di uno esistente, è autorizzato esclusivamente a prendere in carico la richiesta stessa utilizzando la modulistica cartacea o gli strumenti informatici che gli sono stati messi a disposizione dalla Compagnia.
10. La Compagnia risponde per il malcomportamento dei suoi organi così come delle altre persone di cui si serve nell'adempimento dei suoi doveri contrattuali solo nel caso di dolo o colpa grave.
11. Il Richiedente si impegna a pagare tutte le spese che insorgono a causa del suo comportamento (per es. spese per emissione bollettini di pagamento, affrancature, spese per solleciti, interessi di mora, ecc.).
12. Per accogliere le richieste o i reclami concernenti il rapporto assicurativo è a disposizione, oltre all'intermediario autorizzato, la competente direzione della Compagnia il cui indirizzo e numero di telefono sono indicati sulla polizza. I reclami possono inoltre essere indirizzati all'organo austriaco competente per la vigilanza sulle assicurazioni: Finanzmarktaufsicht (FMA), Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien (Austria).
13. Il premio di perfezionamento può essere pagato con efficacia nei confronti della Grazer Wechselseitige Versicherung AG solo mediante bonifico a favore del conto corrente della Compagnia indicato sulla proposta di assicurazione o, esclusivamente per i contratti a premi ricorrenti, mediante un assegno bancario o circolare intestato a GRAZER WECHSELSEITIGE da allegare alla proposta di assicurazione. I premi successivi possono essere pagati esclusivamente con bonifico a favore del conto corrente bancario della Compagnia o, solo per il caso di premi non superiori ad EUR 6.000 / anno, mediante ordine di addebito diretto in conto (S.D.D.), secondo le modalità specificate sull'apposito mandato di addebito SEPA Direct Debit.
14. Per il contratto di assicurazione richiesto trova applicazione il diritto contrattuale italiano. L'attività della Compagnia è soggetta, anche per i contratti conclusi con i Contraenti italiani, alla vigilanza degli organi di settore del paese di origine (Austria) in cui la Compagnia ha sede e da cui esercita l'attività verso l'Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi.
15. Il Richiedente attesta mediante la sua firma di aver ricevuto una copia della presente richiesta al momento della sua sottoscrizione, e che nessuna clausola accessoria espressa oralmente costituisce parte della presente richiesta.
16. La Compagnia è tenuta ad applicare per la conclusione e l'esecuzione del contratto gli obblighi di diligenza e di adeguata verifica previsti dalle norme comunitarie e nazionali circa la prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento al terrorismo (in particolare anche in base alla Legge austriaca sulla prevenzione del riciclaggio di denaro nei mercati finanziari – FM-GwG). Il richiedente prende atto che la Compagnia provvede a tali fini all'elaborazione dei suoi dati personali, e che può fornire tali dati anche alle autorità coinvolte nell'applicazione ed esecuzione di tale normativa.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016

Quanto segue ha lo scopo di informarLa circa il trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito del rapporto contrattuale che si instaura con la nostra Compagnia con la stipula del contratto oggetto della Sua richiesta di assicurazione. Tenga presente anche l'informativa pubblicata sul nostro sito Web italiano all'indirizzo: <http://www.grawe.it/InformativaPrivacy.html>, la quale è anche scaricabile quale file pdf con il link: <http://www.grawe.it/allegati/InformativaTrattamentoDati.pdf>

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali:

Grazer Wechselseitige Versicherung AG

Sede e direzione generale: Herrengasse 18-20, 8010 Graz (Austria)
Direzione commerciale per l'Italia: **Wasagasse 11/10, 1090 Wien (Austria)**
Tel. +43-1-8796357, Fax +43-1-8796357-60, italia@grawe.at

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Per qualsiasi domanda circa il trattamento dei suoi dati può contattare via posta il nostro Responsabile della protezione dei dati (Data protection officer – DPO) inviando alla sua attenzione una lettera all'indirizzo sopra riportato od una mail a:

datenschutzbeauftragter@grawe.at

Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento

Noi trattiamo i Suoi dati personali per la stipula ed esecuzione del rapporto assicurativo. L'elaborazione avviene con destinazione vincolata a questi scopi nel rispetto del Regolamento in materia di protezione dei dati personali (GDPR), della legge austriaca sul trattamento dei dati personali (DSG) e di ogni altra norma di legge in proposito rilevante.

Sulla proposta di assicurazione Lei ci indica dati personali sia di Lei che di terzi (come ad esempio di Suoi familiari). Tra questi dati rientrano per esempio il nome, la data di nascita, l'indirizzo, le informazioni circa le condizioni di salute ed i rischi a cui è esposta la persona assicurata, il capitale assicurato, la durata contrattuale, il premio e le coordinate bancarie.

Noi trattiamo i dati indicati sulla proposta di assicurazione per verificare la correttezza della stessa e le condizioni a cui il rischio possa essere assunto. Se il contratto viene concluso, i dati vengono trattati per la gestione amministrativa dello stesso (come emissione della polizza, addebito dei premi), e per poterLa supportare nelle Sue successive esigenze legate al contratto. In caso di sinistro raccogliamo e processiamo inoltre ulteriori indicazioni per poter verificare e stabilire il diritto alla prestazione ed il relativo importo.

Laddove è necessario utilizzare particolari categorie di dati (come le indicazioni circa lo stato di salute), il loro trattamento avviene in conformità al Suo consenso che ci ha rilasciato al momento della presentazione della proposta.

Categorie di destinatari ai quali i suoi dati personali potranno essere comunicati

- Riassicuratori

Per la copertura di determinati rischi lavoriamo in stretta cooperazione con riassicuratori, i quali ci supportano nella verifica di rischi e sinistri. Al riguardo può essere necessario condividere i suoi dati con i riassicuratori per la verifica di rischi e sinistri.

- Intermediari assicurativi indipendenti

Se Lei è cliente di un intermediario assicurativo, questo provvede a raccogliere ed elaborare i Suoi dati personali trasmettendoceli quindi per l'acquisizione del rischio, l'esecuzione del contratto assicurativo e la gestione dei sinistri. Allo stesso modo noi forniamo i Suoi dati personali all'intermediario per consentirgli di gestire la Sua posizione.

- Autorità amministrative, Tribunali ed altri soggetti terzi

Quale Compagnia di assicurazione siamo sottoposti a una stretta regolamentazione ed alla vigilanza pubblica di settore. Nell'ambito di questa è possibile che noi si debba fornire ad un'autorità o ad un tribunale dati personali dei nostri assicurati.

Nell'ambito della gestione di un sinistro è possibile che noi si debba coinvolgere soggetti terzi, come ad esempio medici, ospedali, periti od imprese che regolano sinistri fornendogli dati personali dei nostri assicurati.

Necessità del trattamento dei dati

La fornitura dei Suoi dati personali è necessaria per l'assunzione del rischio, la stipula del rapporto assicurativo con la nostra Compagnia e per liquidare le prestazioni a Lei dovute. Laddove Lei non ci conferisca questi dati, o non li conferisca nella necessaria completezza, può essere che noi non si possa dar corso alla copertura assicurativa da Lei desiderata o che non si possa verificare e/o soddisfare i diritti derivanti da un contratto, cosa che comunque non costituirebbe in questo caso un nostro inadempimento del contratto.

Quando noi si abbia ricevuto ed elaborato dati sulla base del consenso da Lei espresso, Lei può in ogni momento revocare questo consenso, con la conseguenza che dal momento in cui la Sua revoca ci sia pervenuta non si può più utilizzare i dati per gli scopi indicati nel consenso stesso.

Conservazione dei dati

Di principio registriamo i Suoi dati per la durata del rapporto assicurativo. Siamo inoltre tenuti a rispettare i termini di conservazione prescritti dalla legge, in base ai quali conserviamo i Suoi dati, così come quelli degli altri soggetti coinvolti nel contratto assicurativo o nel sinistro, anche oltre la cessazione del rapporto assicurativo o la definitiva chiusura del sinistro. Noi conserviamo i Suoi dati fintantochè sia possibile far valere diritti dal rapporto assicurativo con la nostra Compagnia.

I Suoi diritti

Lei può richiedere informazioni in merito ai dati registrati circa la Sua persona. Laddove noi si stia trattando dati a Lei relativi, che siano inesatti od incompleti, Lei può chiederne la rettifica od integrazione. Lei può inoltre richiedere la cancellazione di dati trattati non conformemente alle norme vigenti. Se non è chiaro se i Suoi dati siano inesatti od incompleti, o se questi stiano venendo trattati non conformemente alle norme vigenti, Lei ha diritto di richiedere l'interruzione del loro trattamento finché queste domande non siano state chiarite.

Anche se i Suoi dati sono esatti e completi e stanno venendo trattati in conformità alle norme vigenti, Lei può in particolari casi, che da Lei devono essere opportunamente motivati, proporre ricorso contro il loro trattamento. Allo stesso modo Lei può richiedere di non ricevere più da parte nostra offerte in forma di marketing diretto.

Lei può richiedere di ricevere i dati a disposizione in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico.

Diritto di proporre un reclamo

Anche se noi facciamo tutto il possibile per garantire l'integrità dei Suoi dati, non può essere escluso che emergano divergenze di opinione circa il modo in cui i Suoi dati vengono trattati. Laddove Lei ritenga che i Suoi dati non vengano trattati conformemente alle norme, ha la possibilità di rivolgere un reclamo all'autorità austriaca per la protezione dei dati personali, quale ente di vigilanza

REVOCA DELLA PROPOSTA

La presente proposta può essere revocata ai sensi del D.Lgs. 209/2005, finché il contratto non sia concluso, mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, all'indirizzo della Direzione per l'Italia della Compagnia indicato sulla proposta. La comunicazione di revoca deve riportare il numero della proposta. Le somme eventualmente già pagate alla Compagnia dall'Investitore-Contraente saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca. Dal rimborso sono esclusi i diritti fissi di lavorazione pratica pari ad EUR 25,-.

RECESSO DAL CONTRATTO

L'Investitore-Contraente può recedere, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione. La comunicazione di recesso va inviata, a mezzo lettera raccomandata, all'indirizzo della Direzione per l'Italia della Compagnia indicato sulla proposta. Il recesso ha l'effetto di liberare la Compagnia e l'Investitore-Contraente da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa all'Investitore-Contraente il premio pagato (il controvalore delle quote se la dichiarazione perviene oltre 15 giorni dopo la conclusione del contratto) al netto della quota relativa al rischio corso e dei diritti di emissione del contratto, quantificati in un importo forfetario di EUR 50,-