

RICHIESTA COSTITUZIONE / CESSAZIONE VINCOLO

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (compilare SEZ I)

CESSAZIONE VINCOLO (compilare SEZ II)

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (SEZ. I)

Con la sottoscrizione della presente, come da richiesta di vincolo del _____, il Contraente sopra indicato richiede, ai sensi e per gli effetti dell' art. 1411 c.c., di vincolare la suddetta polizza in favore di:

DATI VINCOLATARIO

Cognome e nome/Rag. sociale _____

Cod.Fisc./P.Iva [] SAE _____ RAE _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza / Sede Legale _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE (se Vincolatario persona giuridica)

Cognome e nome _____ Codice Fiscale []

Luogo e data di nascita _____ Sesso _____

Residenza _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

fino a concorrenza dell'intero importo esigibile sulla polizza - ovvero per un importo pari ad Euro _____.

Nei limiti dei suddetti importi la richiesta si intende estesa alle prestazioni erogabili in caso di decesso dell'Assicurato (laddove previste dalla relativa copertura).

STACCO CEDOLA A FAVORE DEL VINCOLATARIO SÌ NO

Codice IBAN Vincolatario _____

CESSAZIONE VINCOLO (SEZ. II)

Con la sottoscrizione della presente si richiede, con effetto a decorrere dal _____, la cessazione del vincolo precedentemente apposto sulla polizza sopra indicata a favore di _____, autorizzando sin d'ora la Compagnia ad erogare le prestazioni contrattuali in favore dei beneficiari indicati in polizza.

TUTELA DATI PERSONALI

Il sottoscritto vincolatario con riferimento alla presente richiesta di approvazione vincolo, presa visione dell'Informativa sulla Privacy (degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), acconsente al trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili e giudiziari, ove necessario) per le finalità di trattamento per finalità assicurative.

_____, li _____

Il Vincolatario

Data _____

Il Contraente/Legale Rappresentante

Il Vincolatario

Parte riservata all'Intermediario

Il/Il Richiedente/i ha/hanno apposto la propria firma in presenza dell'Incaricato

Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

RICHIESTA COSTITUZIONE / CESSAZIONE VINCOLO

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (compilare SEZ I)

CESSAZIONE VINCOLO (compilare SEZ II)

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (SEZ. I)

Con la sottoscrizione della presente, come da richiesta di vincolo del _____, il Contraente sopra indicato richiede, ai sensi e per gli effetti dell' art. 1411 c.c., di vincolare la suddetta polizza in favore di:

DATI VINCOLATARIO

Cognome e nome/Rag. sociale _____

Cod.Fisc./P.Iva [] SAE _____ RAE _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza / Sede Legale _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE (se Vincolatario persona giuridica)

Cognome e nome _____ Codice Fiscale []

Luogo e data di nascita _____ Sesso _____

Residenza _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

fino a concorrenza dell'intero importo esigibile sulla polizza - ovvero per un importo pari ad Euro _____.

Nei limiti dei suddetti importi la richiesta si intende estesa alle prestazioni erogabili in caso di decesso dell'Assicurato (laddove previste dalla relativa copertura).

STACCO CEDOLA A FAVORE DEL VINCOLATARIO SÌ NO

Codice IBAN Vincolatario _____

CESSAZIONE VINCOLO (SEZ. II)

Con la sottoscrizione della presente si richiede, con effetto a decorrere dal _____, la cessazione del vincolo precedentemente apposto sulla polizza sopra indicata a favore di _____, autorizzando sin d'ora la Compagnia ad erogare le prestazioni contrattuali in favore dei beneficiari indicati in polizza.

TUTELA DATI PERSONALI

Il sottoscritto vincolatario con riferimento alla presente richiesta di approvazione vincolo, presa visione dell'Informativa sulla Privacy (degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), acconsente al trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili e giudiziari, ove necessario) per le finalità di trattamento per finalità assicurative.

_____, li _____

Il Vincolatario

Data _____

Il Contraente/Legale Rappresentante

Il Vincolatario

Parte riservata all'Intermediario

Il/Il Richiedente/i ha/hanno apposto la propria firma in presenza dell'Incaricato

Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

RICHIESTA COSTITUZIONE / CESSAZIONE VINCOLO

Polizza n.° _____

ABI _____ CAB _____ Sportello _____ Ordine n.° _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (compilare SEZ I)

CESSAZIONE VINCOLO (compilare SEZ II)

CONTRAENTE

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

COSTITUZIONE IN VINCOLO (SEZ. I)

Con la sottoscrizione della presente, come da richiesta di vincolo del _____, il Contraente sopra indicato richiede, ai sensi e per gli effetti dell' art. 1411 c.c., di vincolare la suddetta polizza in favore di:

DATI VINCOLATARIO

Cognome e nome/Rag. sociale _____

Cod.Fisc./P.Iva [] SAE _____ RAE _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza / Sede Legale _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

DATI LEGALE RAPPRESENTANTE (se Vincolatario persona giuridica)

Cognome e nome _____ Codice Fiscale []

Luogo e data di nascita _____ Sesso _____

Residenza _____

Documento (tipo e numero) _____ Rilasciato da _____

Luogo e data _____

fino a concorrenza dell'intero importo esigibile sulla polizza - ovvero per un importo pari ad Euro _____.

Nei limiti dei suddetti importi la richiesta si intende estesa alle prestazioni erogabili in caso di decesso dell'Assicurato (laddove previste dalla relativa copertura).

STACCO CEDOLA A FAVORE DEL VINCOLATARIO SÌ NO

Codice IBAN Vincolatario _____

CESSAZIONE VINCOLO (SEZ. II)

Con la sottoscrizione della presente si richiede, con effetto a decorrere dal _____, la cessazione del vincolo precedentemente apposto sulla polizza sopra indicata a favore di _____, autorizzando sin d'ora la Compagnia ad erogare le prestazioni contrattuali in favore dei beneficiari indicati in polizza.

TUTELA DATI PERSONALI

Il sottoscritto vincolatario con riferimento alla presente richiesta di approvazione vincolo, presa visione dell'Informativa sulla Privacy (degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR"), acconsente al trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili e giudiziari, ove necessario) per le finalità di trattamento per finalità assicurative.

_____, li _____

Il Vincolatario

Data _____

Il Contraente/Legale Rappresentante

Il Vincolatario

Parte riservata all'Intermediario

Il/Il Richiedente/i ha/hanno apposto la propria firma in presenza dell'Incaricato

Timbro dell'Intermediario e firma dell'Incaricato

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI C.D. "GDPR").

Gentile Cliente,

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Regolamento"), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Società"), i cui elementi identificativi sono sotto indicati, è tenuta a fornirLe alcune informazioni.

Titolare del trattamento - Titolare del trattamento è Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. con sede in via Pampuri 13 - 20141 Milano - Italia, email privacy@cronosvita.it.

Finalità del trattamento e base giuridica - I dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti a) per l'espletamento in Suo favore delle attività di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, nonché gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge; b) per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il trattamento è legittimo per la finalità di cui alla lettera a) in quanto necessario all'esecuzione di un contratto di cui Ella è parte; per la finalità di cui alla lettera b) in quanto necessario ad adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento.

Natura del conferimento - Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per la finalità di cui alla lettera a) e obbligatorio per la finalità di cui alla lettera b) del punto precedente. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato.

Categorie di dati trattati - In particolare, i dati personali in questione riguardano: nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale, gli estremi del conto corrente bancario di Sua pertinenza.

Modalità di trattamento - Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e unicamente con operazioni, nonché con logiche e mediante forme di organizzazione dei dati strettamente indispensabili in rapporto ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità.

Ambito di circolazione dei dati - I dati personali forniti saranno utilizzati solo da personale del Titolare cui è stato assegnato uno specifico ruolo ed a cui sono state impartite adeguate istruzioni operative al fine di evitare perdite, distruzione, accessi non autorizzati o trattamenti non consentiti dei dati stessi. I suoi dati personali saranno resi accessibili solo a coloro i quali, all'interno dell'organizzazione aziendale, ne abbiano necessità a causa della propria mansione o posizione gerarchica.

Responsabili del trattamento - Potranno utilizzare i dati anche entità terze che svolgono attività strumentali per conto del Titolare, queste ultime agiscono in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento e sotto la direzione ed il controllo di Cronos Vita Assicurazioni. L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile inoltrando richiesta all'indirizzo e-mail: privacy@cronosvita.it.

Comunicazione e diffusione dei dati - I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in adempimento di obblighi di legge e/o per lo svolgimento di attività strumentali alle finalità sopra indicate. Detti soggetti appartengono alle seguenti categorie: autorità pubbliche ed organi di vigilanza e controllo; società del Gruppo controllanti, controllate, collegate alla Società; soggetti della "catena assicurativa". Tali soggetti trattano i dati personali come autonomi Titolari del trattamento.

L'elenco aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati è disponibile inoltrando richiesta all'indirizzo e-mail: privacy@cronosvita.it.

Diritti degli interessati - Ella ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso il titolare del trattamento o presso i soggetti sopra indicati a cui sono comunicati, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la portabilità o la limitazione di trattamento, nei casi previsti dalla legge, e di opporsi al loro trattamento salvo il caso di un legittimo interesse dei singoli titolari.

Le ricordiamo altresì che Ella ha anche il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i suoi diritti non siano stati rispettati o che non abbia ricevuto riscontro alle sue richieste secondo legge.

Esercizio dei diritti - Per l'esercizio dei diritti può scrivere a privacy@cronosvita.it.