

PACCHETTO ZERO RISCHI - Condizioni di Assicurazione "LARGE"

Relative alla Convenzione n. CL/07/801 stipulata da Barclays Bank PLC con AIG Vita S.p.A. e AIG EUROPE S.A.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il contratto che abbia aderito al Programma Assicurativo sottoscrivendo l'apposita clausola.

Assicuratore:

• Per le garanzie Decesso per qualsiasi causa, Invalidità Permanente Totale, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero: AIG Vita S.p.A. con sede legale e direzione generale in Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 G.U. n. 12 del 16/01/1995 e n. 323 del 05/08/1996 G.U. n. 193 del 19/08/1996.

• Per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego: AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia con sede legale e direzione generale in Via della Chiusa n. 2, 20123 Milano. La Società è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 18473 del 19.03.1990 pubblicato sulla G.U. n. 70 del 24.03.1990.

Beneficiario:

• Per le garanzie Decesso per qualsiasi causa e Malattia Grave: la Contraente. In caso di estinzione anticipata del finanziamento, tuttavia, la prestazione sarà corrisposta all'Assicurato, o in caso di Decesso per qualsiasi causa, ai suoi eredi e calcolata sulla base del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di finanziamento.

• Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria di Impiego: l'Assicurato.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: Barclays Bank P.l.c. - 20135 Milano, Via Arconati n. 1 - che stipula il contratto collettivo di assicurazione con l'Assicuratore.

Franchigia assoluta: periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Premio: la somma versata all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie prestate dall'Assicuratore.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

ART. 2 – GARANZIE Il Programma Assicurativo, offerto dall'Assicuratore, comprende le garanzie: Decesso per qualsiasi causa (in seguito definita D); Invalidità Permanente Totale (in seguito definita IPT); Malattia Grave (in seguito definita MG) solo per chi non esercita alcuna attività lavorativa che produca reddito; Inabilità Temporanea Totale al lavoro (in seguito definita ITT) solo per chi esercita un'attività lavorativa che produca reddito; Ricovero Ospedaliero (in seguito definita RO) solo per i lavoratori autonomi, dipendenti del settore pubblico o atipici assunti con le forme contrattuali previste dalla Legge Biagi; Perdita Involontaria di Impiego (in seguito definita PII) solo per i lavoratori dipendenti del settore privato.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma l'IPT, la MG e l'ITT devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; il RO deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea; la PII è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO Sono assicurabili tutte le persone fisiche che, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, possano soddisfare i requisiti riportati nella seguente dichiarazione: "non ho ancora compiuto 70 anni di età ed al termine del piano di rimborso del finanziamento non avrò ancora compiuto 75 anni di età; nel corso degli ultimi 12 mesi, non sono stato assente dal lavoro per più di 30 giorni (consecutivi o non) a causa di malattia od infortunio né ricoverato in ospedale per più di 10 giorni consecutivi; non sono titolare di una pensione d'invalidità. Inoltre, nel caso di lavoratore dipendente del settore privato, dichiaro di esercitare un'attività lavorativa retribuita e di non avere ancora ricevuto dal mio datore di lavoro alcuna contestazione disciplinare, intimazione o comunicazione nella quale vengo individuato come un lavoratore oggetto di una procedura di mobilità, di cassa integrazione o di licenziamento".

Non sono assicurabili eventuali coobbligati / garanti del contratto di finanziamento.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione al Programma Assicurativo, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del finanziamento, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del finanziamento e rimane in vigore per tutta la durata del piano di rimborso del finanziamento, a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso: al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie D, ITT, RO e PII; al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato relativamente alle garanzie IPT e MG; al pagamento di una prestazione nell'ambito delle garanzie D, IPT e MG da parte dell'Assicuratore; al raggiungimento dell'età di pensionamento, prepensionamento o quiescenza relativamente alle garanzie ITT, RO e PII; in caso di D dell'Assicurato.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO In caso di estinzione anticipata del finanziamento da parte dell'Assicurato, il Programma Assicurativo rimane in vigore secondo quanto previsto dall'originario piano di rimborso del finanziamento e beneficiario di tutte le garanzie sarà l'Assicurato o, in caso di Decesso per qualsiasi causa, i suoi eredi. L'Assicurato potrà richiedere la cessazione della copertura, mediante comunicazione inviata per iscritto alla Contraente o direttamente all'Assicuratore, entro 30 giorni dalla data di estinzione anticipata del finanziamento. In tal caso l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la frazione di premio relativa al rischio non corso, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

ART. 6 – RECESSO L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata a: Barclays - Prestiti Personali - Via Arconati n. 1 - 20135 Milano. In caso di recesso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte di legge, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE In caso di Decesso (D) dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario il capitale residuo del finanziamento alla data del D. Il D deve avvenire prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

In caso di Invalidità Permanente Totale (IPT) dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario il capitale residuo del finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT. L'IPT corrisponde ad un'invalidità di almeno il 66% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche) e deve essere riconosciuta, con certificazione medica, prima del compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, dopo un periodo di almeno 12 mesi dalla data della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'infortunio.

SOLO PER CHI NON ESERCITA ALCUNA ATTIVITÀ LAVORATIVA CHE PRODUCA REDDITO In caso di Malattia Grave (MG) diagnosticata all'Assicurato, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario il capitale residuo del finanziamento alla data della prima diagnosi della MG. Per MG si intende esclusivamente una delle seguenti malattie gravi, o le condizioni che implicano uno dei seguenti interventi chirurgici: cancro (eccetto la leucemia linfocitica cronica, i cancri non invasivi in situ, tutti i cancri della pelle ed i tumori in presenza del virus H.I.V.); ictus (eccetto attacchi ischemici transitori); infarto; insufficienza renale cronica; intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronaria (eccetto qualsiasi intervento non chirurgico, come l'angioplastica della cavità o interventi attraverso tecniche laser); trapianto dei principali organi (cuore, polmone, fegato, pancreas o midollo osseo). Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della prima diagnosi della MG, non esercitare alcuna attività lavorativa che produca reddito e non aver compiuto il 70° anno di età.

SOLO PER CHI ESERCITA UN'ATTIVITÀ LAVORATIVA CHE PRODUCA REDDITO In caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro (ITT) dell'Assicurato, con durata superiore a 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta) l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario le rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo la franchigia, che hanno scadenza nel periodo di ITT comprovato. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di interruzione del lavoro. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data d'inizio dell'ITT, esercitare un'attività lavorativa che produca reddito ed interromperla totalmente, dietro prescrizione medica, prima del compimento del 75° anno di età. Nessuna nuova rata è dovuta dall'Assicuratore allorché siano state indennizzate 12 mensilità consecutive (o 36 per più periodi di ITT distinti). Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto la franchigia non viene applicata di nuovo ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

SOLO PER I LAVORATORI AUTONOMI, DIPENDENTI DEL SETTORE PUBBLICO O ATIPICI ASSUNTI CON LE FORME CONTRATTUALI PREVISTE DALLA LEGGE BIAGI In caso di Ricovero Ospedaliero (RO) dell'Assicurato, con durata superiore a 7 giorni consecutivi (franchigia assoluta) l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario le rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo la franchigia, che hanno scadenza nel periodo di RO comprovato. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di ricovero. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data del RO, esercitare una professione di lavoro autonomo, dipendente del settore pubblico o atipica secondo le forme contrattuali previste dalla Legge Biagi e non aver compiuto il 75° anno di età. Nessuna nuova rata è dovuta dall'Assicuratore allorché siano state indennizzate 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità per più periodi di RO distinti). Per i lavoratori atipici, assunti con le forme contrattuali previste dalla Legge Biagi, la durata massima della prestazione non potrà in ogni caso superare la durata residua del contratto di lavoro in vigore alla data del sinistro.

SOLO PER I LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO In caso di Perdita Involontaria di Impiego (PII) dell'Assicurato, a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n° 604/1966 art. 3) che abbia comportato un periodo d'inattività lavorativa di almeno 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta), l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario le rate di rimborso mensili del finanziamento, dovute dopo la

franchigia, che hanno scadenza nel periodo d'inattività comprovato. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di interruzione del lavoro. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento: non aver compiuto il 75° anno di età; esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani di diritto privato, sulla base di un orario settimanale di almeno 20 ore, con contratto di lavoro a tempo indeterminato e con un'anzianità minima di 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro; aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo; essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione; ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge. Nessuna nuova rata è dovuta dall'Assicuratore allorché siano state indennizzate 12 mensilità consecutive (o 36 mensilità per più interruzioni di lavoro differenti).

ART. 8 – LIMITAZIONI

Franchigia: per le garanzie ITT e PII è previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, che decorre dal 1° giorno di interruzione del lavoro; per la garanzia RO è previsto un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni, che decorre dal 1° giorno di ricovero.

Carenza: non sono garantite le malattie gravi diagnosticate (MG) e/o i licenziamenti (PII) notificati durante i primi 90 giorni dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Prestazione massima: la prestazione massima pagabile ad Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di cui è titolare, è pari a € 35.000,00 in caso di D, IPT o MG e a € 1.500,00 per ogni rata di rimborso mensile in caso di ITT, RO o PII. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

Esclusioni

Per tutte le garanzie: le conseguenze: di una malattia insorta o di un infortunio verificatosi prima della data di decorrenza del Programma Assicurativo; dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico; di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS; di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; di guerra o insurrezione; di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva; di tutti i rischi nucleari.

Solo per D: il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Solo per IPT, MG, ITT e RO: le conseguenze: di malattie mentali o disturbi psichici in genere; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata; della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.

Solo per MG: le malattie gravi che siano state diagnosticate o si siano manifestate, o gli interventi chirurgici che siano stati intrapresi o richiesti prima della data di decorrenza del Programma Assicurativo o durante il periodo di carenza; le malattie gravi od interventi chirurgici conseguenti a qualsiasi condizione fisica dell'Assicurato già conosciuta prima della data di decorrenza del Programma Assicurativo.

Solo per RO: i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.

Solo per PII: i licenziamenti notificati prima della data di decorrenza del Programma Assicurativo o durante il periodo di carenza; i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali; i licenziamenti tra congiunti, ascendenti o discendenti; le dimissioni e le rotture negoziate del contratto di lavoro; le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza -

dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim; il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione di anzianità, ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento; ogni forma di cessazione del contratto di lavoro che possa dar luogo al pagamento dei sussidi di disoccupazione senza ricerca attiva di una nuova occupazione; le disoccupazioni parziali; le situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO Il premio unico è espresso in percentuale del capitale iniziale del finanziamento e corrisponde al **5,00%**. Il premio viene riscosso dalla Contraente come parte integrante della mensilità di rimborso.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI In caso di sinistro, il denunciante deve contattare il Servizio Clienti Barclays al numero telefonico **800.980.910**, nel più breve tempo possibile. A seguito di questa telefonata la Contraente, dopo aver verificato la posizione del denunciante fornisce il recapito telefonico dell'Assicuratore che provvederà ad inoltrare al denunciante i seguenti moduli da compilare: 1) modulo di denuncia sinistro; 2) modulo di rapporto medico; 3) modulo per il trattamento dei dati personali dell'Assicurato (D.lgs. 196/2003).

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati alla fine del modulo di denuncia.

L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro.

L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti o perizie mediche per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 15 giorni dalla ricezione della pratica completa, salvo casi particolari.

ART. 11 – RECLAMI Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alle garanzie Decesso per qualsiasi causa, Invalidità Permanente Totale, Malattia Grave, Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero devono essere inoltrati per iscritto a: AIG Vita S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Castro Pretorio n. 124 - 00185 Roma - Tel. 06-492161 - Fax 06-49216300 - Indirizzo e-mail: reclami@aig.com.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri relativi alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego devono essere inoltrati per iscritto a: AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiesa n. 2 - 20123 Milano - Tel. 02 36901 - Fax 02 3690222.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

ART. 12 – LEGGE APPLICABILE Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 13 – FORO COMPETENTE Per ogni controversia è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalle Nostre Società, AIG Vita S.p.A. ed AIG Europe S.A. (titolari del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti². A tali scopi Lei potrebbe fornire alle Nostre Società eventuali dati sensibili³ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del Nostro gruppo e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.aigvita.com e www.aigurope.com. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A.⁶ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare alle Nostre Società, con la sottoscrizione della clausola posta nel contratto di finanziamento, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003), rivolgendosi al Responsabile del Dipartimento Bancassurance, in qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati, presso AIG Vita S.p.A., Viale Castro Pretorio n. 124, 00185 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@aig.com. e al Servizio Privacy in qualità di responsabile del trattamento dei suoi dati presso la Direzione Generale di AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

¹ Come, ad esempio, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come assicurato o beneficiario stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali.

² Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

³ Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

⁴ In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

⁵ ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortunati.

⁶ Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo AIG cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.