MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO
CRITICAL ILLNESS (MALATTIA GRAVE)

La preghiamo di compilare il presente modulo in ogni sua parte e, dopo averlo sottoscritto, di trasmetterlo, unitamente alla documentazione richiesta, tramite la pagina del nostro sito "Come fare per …denunciare un sinistro" raggiungibile mediante il presente QR code.

In alternativa, sia il modulo che la documentazione richiesta potranno essere

1. trasmessi tramite e-mail all'indirizzo sinistricf@bene.it

oppure

2. inviati tramite raccomandata A.R. a
Bene Assicurazioni S.p.A. – Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano

Istruzioni per la compilazione

- Allegare copia del documento d'identità dell'assicurato o di altro documento attestante la data di nascita
- Allegare copia conforme della cartella clinica
- Allegare diagnosi del medico specialista comprovante la patologia assicurata
- In caso di cancro produrre la prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo
- In caso di ictus produrre documentazione (tecniche ad immagini) comprovante la diagnosi a conferma di ictus avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia
- In caso di infarto produrre documentazione atta a comprovare la diagnosi certa di un infarto miocardico acuto avvenuto successivamente all'inizio della validità della garanzia

Il Gruppo Assicurativo Bene si riserva di richiederLe ogni altra documentazione necessaria o di disporre accertamenti di diversa natura al fine di completare l'istruttoria del sinistro.

AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N.445 NON SONO RITENUTI VALIDI DOCUMENTI PRODOTTI CON AUTOCERTIFICAZIONE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento Europeo EU 679/2016)

Dato atto che, al momento della sottoscrizione della polizza, in qualità di assicurato, la Società Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit, mi ha reso l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 sopra citato, che è sempre visionabile nella sezione privacy del sito web www.bene.it, con la presente io sottoscritto dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali anche particolari da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a Bene Assicurazioni S.p.A. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che la Compagnia ha nominato un Responsabile della protezione dei dati che potrà essere contatto all'indirizzo mail dpo@bene.it e che posso esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss. del Regolamento scrivendo al medesimo indirizzo mail

Data ……/……/…… Firma ……

Dati dell'assicurato

Nome ..... Cognome .....
Indirizzo Via /Piazza ..... n. civico .....
C.A.P. ..... Comune ..... Provincia .....
Codice Fiscale ..... Data di nascita ...../...../.....
Telefono ..... Indirizzo e-mail .....
Codice Iban .....
Polizza n. .....

Dichiarazioni dell'assicurato

La presente denuncia si riferisce a sinistro conseguente a Malattia Grave avvenuta il ...../...../.....
Descrivere la malattia e la causa che l'ha originata .....
.....
.....
.....

Professione svolta .....
Io sottoscritto ..... dichiaro:

1. che al momento del sinistro non svolgevo una delle seguenti attività professionali: militare; vigile del fuoco; guardia giurata; addetto al soccorso alpino; lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino); attività che implichino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive; attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V; attività subacquee (es.: sommozzatore); attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore); attività in alta montagna (es.: guida alpina); pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri; istruttore di volo; skipper; collaudatore di autoveicoli e motocicli; pilota professionista; acrobata; domatore belve; cascatore; magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia); attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista)
2. di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti in relazione agli adempimenti da effettuarsi da parte di Bene Assicurazioni S.p.A. in relazione alla presente denuncia
3. la conformità al vero delle dichiarazioni tutte da me fornite con la presente denuncia

Data ...../...../..... Firma .....

QUESTIONARO PER IL MEDICO CURANTE

1. Generalità del paziente (Cognome, nome e data di nascita)

   _____

2. Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale _____
3. Da quanto tempo ha in cura il paziente? (n° anni) _____
4. Specificare la malattia _____
5. Quando si è verificata la malattia? _____
6. La malattia ha determinato un periodo di ricovero? Se si, la preghiamo di indicare la data di ingresso _____ e la data di dimissioni _____

Inoltre, la preghiamo di compilare la sezione sottostante indicando tutte le patologie di cui ha sofferto l'assicurato anche se non correlate alla malattia grave

DATA (GG/MM/AAAA)	DIAGNOSI	CAUSA	DURATA MALATTIA/ TRATTAMENTO	EVENTUALI RICOVERI (dove e data)

7. Può stabilirsi un nesso di casualità tra l'attuale evento e le precedenti condizioni patologiche? ☐ SI ☐ NO. In caso affermativo quale? _____
8. Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa? ☐ SI ☐ NO
9. Data a partire dalla quale il paziente non può attendere nemmeno in parte alla normale attività lavorativa ...../...../.....
10. In caso di risposta positiva, data dalla quale il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa _____

Indirizzo dello studio: _____

Telefono _____

Data ...../...../..... Firma .....

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

Ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), Bene Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche "Società"), La informa circa l'utilizzo dei dati personali e sensibili che La riguardano, forniti con la compilazione del "Questionario per il medico curante" cui la presente informativa è allegata ovvero successivamente in sede di contatto con la Società.

1. **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**
   Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Bene Assicurazioni S.p.A., con sede legale in Via dei Valtorta n. 48, 20127 Milano.
2. **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**
   Il Responsabile della protezione dei dati è Bene Assicurazioni S.p.A. con sede in Via dei Valtorta n. 48, 20127 Milano. Il responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail dpo@bene.it .
3. **FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI, E BASE GIURIDICA**
   I Suoi dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Compagnia per il perseguimento delle seguenti finalità: a) finalità amministrative, strettamente connesse e strumentali alla denuncia di sinistro "critical illness" richiesta dell'Assicurato; b) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo. La base giuridica del trattamento è il contratto assicurativo stipulato tra la Compagnia e l'Assicurato.
4. **NATURA DEI DATI TRATTATI**
   I dati personali trattati per la gestione del modulo di denuncia di sinistro critical illness sono dati identificativi, di contatto e amministrativo- contabili nonché dati relativi alla salute dell'assicurato.
5. **NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI**
   Fatto salvo il caso in cui il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio in quanto richiesto da specifiche normative, lo stesso deve considerarsi sempre facoltativo, sebbene necessario per la gestione amministrativa della polizza. Senza i Suoi dati potremmo non essere in grado di procedere alla liquidazione della polizza a favore dell'Assicurato.
6. **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**
   I suoi dati personali saranno trattati per il tempo di gestione della pratica per adempiere alle finalità su menzionate e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi di legge previsti.
7. **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**
   Il trattamento è effettuato con mezzi prevalentemente automatizzati e manuali, e comunque con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e della riservatezza dei dati. Il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza ed all'identità personale.
8. **DESTINATARI DEI DATI, TRASFERIMENTO E DIFFUSIONE DEI DATI.**
   Le persone autorizzate dal Titolare, e specificatamente formate, nonché i soggetti esterni Modulo di Denuncia di Sinistro per Critical Illness nominati responsabili del trattamento ex art 28 del Regolamento UE 2016/679, potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per il perseguimento delle finalità su menzionate. Per il perseguimento delle finalità di cui al punto 1 può essere necessario comunicare i Suoi dati personali oltre che a società del gruppo di appartenenza (soprattutto in considerazione dell'accentramento di alcune attività all'interno del gruppo quali servizi informatici, controllo aziendale, spedizioni ecc.), anche ad altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria quali, a titolo esemplificativo: Ministero dello Sviluppo Economico-Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine, UIF (Unità di Informazione Finanziaria) istituita presso la Banca d'Italia. Tali soggetti svolgono la funzione di responsabile esterno del trattamento oppure operano in totale

autonomia come distinti titolari del trattamento. I dati potranno essere comunicati a soggetti che, per conto di Titolare, svolgono attività di gestione contabile e fiscale; ad istituti bancari per la gestione degli obblighi derivanti dall'esecuzione del contratto; a società terze che svolgono per conto di Titolare attività connesse e strumentali alla gestione del contratto; e a soggetti ai quali sia riconosciuta la facoltà di accedere ai dati da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. I dati non saranno diffusi e non saranno di norma trasferiti fuori dall'Unione Europea. L'eventuale trasferimento dei dati al di fuori dell'Unione Europea avverrà solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità abbiano emesso una decisione di adeguatezza e verso soggetti che abbiano fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali, quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard.

9. **DIRITTI DELL'INTERESSATO PREVISTI DAGLI ARTICOLI 15 E SS. DEL REGOLAMENTO.**

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo all'indirizzo mail dpo@bene.it In particolare, Lei potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Ove lo ritenga opportuno, potrà, proporre reclamo all'autorità di controllo.