

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO DECESSO (TCM)

(da compilarsi in maniera esclusiva per ogni singolo beneficiario)

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 sinistri@cfassicurazioni.com
oppure
2. inviati tramite raccomandata A.R. a
CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita SpA – Via Paolo di Dono n. 73 – 00142 Roma



Istruzioni per la compilazione

- Allegare certificato di decesso dell'Assicurato in carta semplice
- Allegare copia del documento d'identità, del codice fiscale e delle coordinate bancarie del conto corrente da accreditare per ciascun Beneficiario designato in polizza

Nel caso in cui non sia stato designato alcun Beneficiario, ovvero lo/gli stesso/i siano diversi da quelli indicati in polizza e ciò risulti da successivo atto testamentario, andrà trasmessa a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno la seguente documentazione:

- relazione sanitaria, compilata sul modulo sottostante, rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso e completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso
- nel caso di ricovero in ospedale o Istituto di Cura, cartella clinica relativa allo stesso ed ai successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla patologia che ha causato il decesso
- nel caso di morte violenta (infortunio, sinistro stradale, omicidio, suicidio, ecc.), copia del verbale redatto dalle Autorità intervenute (VV.FF., Polizia Stradale, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, ecc.), ovvero altro documento rilasciato dalla Procura della Repubblica o da altra Autorità competente, dal quale emergano le esatte cause e circostanze del decesso
- copia autentica dell'esame autoptico o dell'ispezione cadaverica, unitamente all'esito delle indagini tossicologiche effettuate
- nel caso di designazione degli eredi testamentari, quali beneficiari, copia autentica del testamento o, in assenza, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà autenticata dal Comune dalla quale risulti se l'assicurato abbia o meno eredi legittimi
- nel caso di eredi minori e/o incapaci autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore

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

Dati dell'assicurato

Nome Cognome

Indirizzo Via/Piazza n.civico

C.A.P. Comune Provincia

Codice Fiscale

Data di nascita ____ / ____ / Data di Decesso ____ / ____ /

Dati del Beneficiario

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

A seguito del decesso dell'Assicurato, il sottoscritto chiede la liquidazione del capitale caso morte ai Beneficiari ed allega la documentazione indicata nel presente modulo.

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

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, venga accertata la sussistenza di una o più delle cause di esclusione di cui all'articolo 21 della polizza mi impegno a restituire la somma oggetto della prestazione ricevuta in qualità di Beneficiario.

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

RELAZIONE DEL MEDICO SULLE CAUSE DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Il medico deve redigere il rapporto con ogni scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio ed il decorso dell'ultima malattia dell'assicurato. Inoltre dovrà riportare i dati e le circostanze a lui note sulle eventuali malattie pregresse, anche se queste non abbiano alcun rapporto con la malattia terminale.

Cognome e Nome dell'Assicurato

Stato Civile Professione

Età Data della morte Ora

Luogo del decesso Prov Via

1) Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?

.....
.....

2) Quando ella incominciò a curarlo per l'ultima malattia?

.....
.....

3) Quali sintomi il malato presentava?

.....
.....

4) In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio della malattia?

.....
.....

5) Quale fu lo svolgimento ulteriore?

.....
.....

6) Da quanto tempo l'Assicurato non svolgeva regolare attività lavorativa a causa della malattia?

.....
.....

7) In quale epoca l'Assicurato aveva definitivamente abbandonato la sua normale attività?

.....
.....

8) Da quanto tempo era allettato?

.....
.....

9) La diagnosi della malattia fu confermata da altri medici? (indicare il nome, cognome, residenza, epoca in cui furono consultati)

.....
.....

10) La malattia richiese ricoveri in Cliniche, Ospedali, Case di cura? O accertamenti diagnostici ambulatoriali (radiografici, elettrocardiografici, biopatici, ecc.)?
O trattamenti di radium o radioterapia? (Indicare il luogo e data e l'esito delle indagini)

.....
.....

11) Era ella il medico abituale dell'Assicurato? Da quando?

12) Quale medico lo curava precedentemente?

13) Esistevano condizioni patologiche precedenti all'ultima malattia? Quali?

14) Esisteva un problema dell'Assicurato relativo ad abuso di alcoolici, droghe o ad uso di farmaci?

15) Può stabilirsi un nesso tra la malattia che ha causato la morte e le precedenti condizioni patologiche del soggetto? Ritieni che queste abbiano esercitato qualche influenza sul decorso e sull'esito dell'ultima malattia?

16) Da quanto tempo esse esistevano? Quali cure aveva praticato?

17) Esistono nell'anamnesi familiare precedenti che possono avere relazione con l'ultima malattia?

18) L'Assicurato fu altre volte ricoverato in clinica, in ospedale o sottoposto ambulatoriamente ad accertamenti diagnostici (esami radiografici, elettrocardiografici, biotici, ematologici, ecc.) o a trattamenti terapeutici? (Indicare l'epoca, il luogo di ricovero e la malattia)

19) Era stato operato o sottoposto in precedenza a radium o radioterapia? Specificare il tipo dell'intervento, della cura e l'epoca.

20) Ella ebbe l'occasione di visitarlo per contratti assicurativi? Quando?

Città Indirizzo

Data / /

Il Medico Curante Firma

N.B. La firma del medico deve essere legalizzata a cura dell'interessato. L'onorario per la compilazione di questo modulo è a carico dell'interessato.

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), CF Life Compagnia di Assicurazione Vita SpA (di seguito anche "Società") appartenente al Gruppo CF Assicurazioni SpA, La informa nella Sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali e sensibili che La riguardano forniti dall'aderente alla polizza che La designa quale Beneficiario della prestazione assicurativa o da Lei forniti in occasione in occasione della denuncia di sinistro per decesso dell'assicurato (di seguito il "Sinistro")

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI, CONFERIMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA

I Suoi dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali alla liquidazione del Sinistro a favore dei beneficiari, tra cui anche la redistribuzione del rischio mediante riassicurazione o coassicurazione e la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali;
- 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.

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 procedere ai pagamenti richiesti. Senza i Suoi dati, infatti, la Società non potrà procedere alla liquidazione del Sinistro.

La base giuridica del trattamento è il contratto assicurativo stipulato tra la Compagnia e il Cliente, che l'ha designata come beneficiario.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E TEMPI DI CONSERVAZIONE

Il trattamento dei Suoi dati personali è previsto mediante:

- la raccolta dei medesimi;
- la registrazione, a fini di conservazione in registri cartacei ed elettronici;
- l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici;
- la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 3);
- la cancellazione e distruzione dei dati, qualora vengano meno i presupposti del trattamento.

Le modalità di trattamento dei dati prevedono pertanto l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti. Vengono utilizzati sistemi di prevenzione e protezione, sistematicamente aggiornati e verificati in termini di affidabilità.

I suoi dati personali saranno trattati per adempiere agli obblighi che la Compagnia ha assunto nei suoi confronti, in qualità di Beneficiario e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale e dagli altri obblighi di legge.

3. COMUNICAZIONE DEI DATI

Premesso che per le finalità di cui al punto 1 può essere necessario comunicare i Suoi dati personali oltre che a Società del Gruppo di appartenenza (anche in considerazione dell'accentramento di alcune attività all'interno del gruppo quali, servizi informatici, controllo aziendale, spedizioni ecc.), a studi o società nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza (es. studi legali), a soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non, a soggetti che svolgono attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla

clientela e non, a soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela e non (es. call center, help desk), a società di servizi a cui è affidata la gestione, liquidazione ed il pagamento dei sinistri, a società di revisione, nonché ad altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria quali, a titolo esemplificativo: Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Ministero dello sviluppo economico-Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine. I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione. La Compagnia potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori, riassicuratori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo cflife@protectiontrade.it

4. RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO INCAPACE DI AGIRE

La presente informativa riguarda anche il trattamento dei dati del Rappresentante legale del beneficiario della prestazione da liquidarsi a seguito del Sinistro qualora il beneficiario sia incapace di agire.

5. 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 a all'indirizzo mail cflife@protectiontrade.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.

6. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è CF Life Compagnia di Assicurazione Vita SpA, con sede legale in Via Paolo di Dono n. 73, 00142 Roma.

Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT). Il responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail dpo_cflife@protectiontrade.it.