MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO
DECESSO ASSICURATO

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

<u>Documenti da inviare per la denuncia del sinistro:</u>

- certificato di morte dell'Assicurato
- proposta assicurativa firmata e certificato di assicurazione
- 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
- copia documento d'identità, codice fiscale e codice IBAN di ciascun beneficiario

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.

Dati dell'assicurato

Nome ..... Cognome .....
Indirizzo Via /Piazza ..... n. civico .....
C.A.P. ..... Comune ..... Provincia .....
Codice Fiscale .....
Data di nascita ...../...../..... Data 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 .....

1. 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
2. la conformità al vero delle dichiarazioni tutte da me fornite con la presente denuncia

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.