

**ASSICURAZIONE PER IL CASO DI PREMORIENZA
POLIZZA VITA ASDEP 107720**

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'APERTURA DELLA PRATICA DI SINISTRO

Per richiedere la liquidazione del capitale, i beneficiari dovranno trasmettere la documentazione di seguito elencata via e-mail a:

sinistrivitaasdep@generali.com

con il seguente oggetto: **Sinistro “cognome nome deceduto” – polizza PREMORIENZA ASDEP n. 107720**

- Richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun avente diritto**, con evidenza dei codici IBAN e con allegata copia dei documenti di identità e del codice fiscale (con facoltà di utilizzo dell'apposito “MODULO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE IN CASO DI PREMORIENZA” predisposto dalla Società e allegato);
- Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali** sottoscritta da ciascun beneficiario o dal suo eventuale legale rappresentante/tutore/amm.re di sostegno (in allegato)
- Certificato di morte** rilasciato dal Comune;
- Certificato medico attestante la causa del decesso**: ad esempio certificato del medico curante con facoltà di utilizzo del *Modello 31* (allegato) o scheda di morte ISTAT (reperibile o presso la struttura ospedaliera o presso il Comune) o estratto della cartella clinica relativa al decesso (se questo è avvenuto presso una struttura ospedaliera);
- Solo in caso di evento accidentale, oltre a quanto previsto dal precedente punto, copia del **Verbale dell'Autorità giunta sul luogo del sinistro**;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà autenticata in Comune** (o Atto notorio) con indicazione degli eredi legittimi/testamentari del defunto con nome, cognome, data di nascita e grado di parentela di ciascuno. Dichiarare se è stato lasciato o meno testamento. In caso positivo riportare n. repertorio e n. raccolta della pubblicazione del testamento. Deve risultare nell'atto notorio che il testamento è l'ultimo valido e non impugnato (allegato *fac simile*);
- Eventuale** copia del verbale di pubblicazione del **testamento** o copia del testamento pubblico;
- Documentazione fornita dall'Ente aderente ad ASDEP** che attesti la vigenza del rapporto di lavoro in essere con l'Assicurato fino al momento del sinistro.

Ai fini della definizione della pratica, solo se strettamente necessario, **la Società si riserva di richiedere ulteriore documentazione.**

In caso di presenza di beneficiari minorenni/inabili/interdetti, dopo aver valutato la liquidabilità della prestazione, identificato gli aventi diritto, verrà richiesta la produzione di un apposito **Decreto del Giudice Tutelare**, che autorizzi il tutore ad incassare l'importo spettante al tutelato (precisiamo, a tal proposito, che le prestazioni derivanti dalle polizze assicurative rientrano nella straordinaria amministrazione).

**MODULO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE IN CASO DI PREMORIENZA
PIANO SANITARIO ASDEP**

Da compilare e inviare all'indirizzo e-mail: sinistrivitaasdep@generali.com

ISCRITTO: Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____
Cod. Fiscale _____ Data decesso _____

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

BENEFICIARIO: Io Sottoscritto/a
nato/a a il giorno.....
e-mail..... tel..... in qualità di Beneficiario/a (o di legale
rappresentante del Beneficiario.....) della polizza assicurativa caso morte,
a seguito del sinistro che ha colpito l'iscritto **chiedo** la liquidazione della quota a me spettante (o spettante al mio
rappresentato), derivante dalla suddivisione in parti uguali della prestazione.

Ai fini del pagamento, riporto di seguito le coordinate bancarie su cui effettuare il bonifico (*in alternativa allegare evidenza delle coordinate certificate dall'istituto bancario*) - **ATTENZIONE:** ai sensi della normativa in vigore il Richiedente/Beneficiario dovrà corrispondere con almeno uno degli intestatari del conto indicato.

	Cognome	Nome	Indirizzo di residenza (completo di provincia e CAP)
1° intestatario del conto			
2° intestatario del conto			

Codice IBAN: _____

Denominazione Banca _____

Dichiaro inoltre:

- che tra il sottoscritto e il *De Cuius* intercorreva la seguente relazione: _____;
- di essere persona politicamente esposta ex art. 1 comma 2 lett o) d. Lgs. N. 231/2007 **si** **no**
Se *si* indicare la carica politica _____;
- di svolgere la seguente professione:
professione _____; **settore** _____; **area** _____;
- che tra il sottoscritto ed ASDEP intercorre il seguente rapporto:
 Appartenente al nucleo familiare; **Al di fuori del nucleo familiare;** **Altro (specificare)** _____

Luogo e Data

Firma del Beneficiario
(o del suo legale rappresentante)

Contratto n. 107720

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative(2); (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere. **Diritti dell'interessato** Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, privacy.it@generali.com o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021. La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso. **Tempi di conservazione dei dati** I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore. **Comunicazione dei Dati** I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.

I miei consensi privacy Presa visione dell' informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

(Luogo e data)

Nome e cognome *leggibile*

(Firma)

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziarica, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.

2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

Polizza

Vita ed Employee Benefits
Ufficio Sinistri Vita
Mogliano Veneto (TV)

 /

Agenzia

cod.

RELAZIONE DEL MEDICO (mod. 31) sulla situazione sanitaria e le abitudini di vita dell'assicurato

Si prega di scrivere **MOLTO CHIARO**, rispondendo in forma **PARTICOLAREGGIATA** ed **ESAURIENTE** a **TUTTE** le domande senza barrare nessuna parte del modello, ma compilandolo in maniera esaustiva con tutte le informazioni di cui si è a conoscenza.

SEZIONE 1 – DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome _____	Età: anni _____
Professione _____	Stato civile _____
Attività sportive praticate _____	

SEZIONE 2 – INFORMAZIONI RELATIVE AL MEDICO

Cognome e Nome _____
Era il medico abituale dell'Assicurato? _____ Da quale epoca? _____
Precedentemente a Lei quali medici lo curavano? (Indicare, se tuttora in vita, la loro residenza)

In quali epoche e per quali malattie gli stessi hanno visitato l'Assicurato?



SEZIONE 3 – DATI RELATIVI AL SINISTRO OCCORSO ALL'ASSICURATO

Evento che ha colpito l'Assicurato (barrare una delle seguenti opzioni):

Morte Invalidità/Inabilità

Causa dell'evento che ha colpito l'Assicurato (barrare una delle seguenti opzioni):

Malattia (compresi eventi acuti e/o improvvisi) Evento Accidentale/Incidente stradale

Suicidio/Omicidio (o tentato Suicidio/Omicidio) Altro (specificare) _____

Luogo del sinistro _____ (Prov. di) _____

Data del sinistro: giorno _____ mese _____ anno _____ ora _____

SEZIONE 4 - BREVE STORIA CLINICA DEL PAZIENTE

Anamnesi personale remota (*importantissimo evidenziare eventuali patologie pregresse sofferte dall'Assicurato, precisandone la data di insorgenza ed il relativo grado/tipo/valore*)

Il paziente si è mai sottoposto a visite specialistiche, esami di laboratorio, ecografie, elettrocardiogrammi che abbiano evidenziato situazioni anormali di rilievo? _____

Se sì, indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti:

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata):



L'assicurato fumava? _____ Ha mai fumato? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato faceva uso abituale di alcolici o superalcolici? _____ Se sì, indicare quantità giornaliera e periodo:

Quantità _____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per la regolazione della pressione arteriosa? _____ Se sì, indicare il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai assunto farmaci per altre malattie? _____ Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco e il periodo: _____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

_____ dal _____ al _____

L'Assicurato ha mai avanzato richiesta di riconoscimento di invalidità/handicap grave? _____

Se sì, quando? _____ Per quale patologia/evento? _____

Qual è stato l'esito dell'accertamento? _____

L'Assicurato beneficiava di esenzioni ticket legate a invalidità e/o patologie dallo stesso sofferte? _____ Se sì, indicare il tipo di esenzione con il relativo codice e la data del relativo riconoscimento

SEZIONE 5 - BREVE STORIA CLINICA DELLA MALATTIA

Da compilare esclusivamente se l'evento è stato causato da **malattia**:

Diagnosi della malattia iniziale : _____

Successioni morbose : _____

Accidente terminale (solo in caso di morte): _____

Anamnesi personale recente (*importantissimo precisare la data d'inizio della malattia che ha causato il sinistro*)

Quando ha cominciato a curare l'Assicurato nell'ultima malattia? _____

Sintomatologia all'inizio della malattia:

Decorso della malattia:

Ricerche ed esami specialistici eseguiti durante il decorso (indicare le date, il nominativo del Gabinetto di ricerche ed i risultati ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Clinica privata):

La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici? _____



Quali furono? (cognome, nome, residenza ed epoca in cui furono consultati): _____

La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da quella anatomica? _____

Conosceva l'Assicurato la natura della malattia ? _____
 Se sì, da quando? _____
 O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse? _____

SEZIONE 6 – ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE AL SINISTRO

E' stata eseguita autopsia/riscontro diagnostico? _____
 Se sì, allegare il referto _____

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliore illustrazione del caso clinico?

Luogo e data _____

Il Medico Curante

Timbro _____

Firma _____

Domicilio _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(DA ESIBIRE IN PRESENZA DI TESTAMENTO)

Il Sottoscritto nato il a e residente a, sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

che il Sig. nato a il, è deceduto il, lasciando testamento di data, pubblicato il, presso il notaio con numero di repertorio, raccolta

Detto testamento è l'ultimo valido e non impugnato e non ha modificato la designazione di beneficio sulla polizza vita n° contratta con le Generali.

I suoi **eredi legittimi** sono:
(nome, cognome, data di nascita e grado di parentela di ciascuno)

-
-
-

I suoi **eredi testamentari** sono:
(nome, cognome, data di nascita e grado di parentela di ciascuno)

-
-
-

.....
(Luogo e data)

.....
(Firma dell'erede)

AUTENTICARE IN COMUNE LA SOTTOSCRIZIONE !

- ❖ **TALE DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPILATO DA PARTE DI UN EREDE O DA UN BENEFICIARIO (se diverso dagli eredi)!**
- ❖ **E' OBBLIGATORIO COMPILARE OGNI CAMPO!**
- ❖ **E' OBBLIGATORIO INDICARE GLI EREDI LEGITTIMI OLTRE A QUELLI TESTAMENTARI!**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(DA ESIBIRE IN ASSENZA DI TESTAMENTO)

Il Sottoscritto nato il a
..... e residente a, sotto la propria
personale responsabilità

D I C H I A R A

che il Sig..... nato a
il, è deceduto il **senza lasciare testamento ed i suoi eredi
legittimi sono:**

(nome, cognome, data di nascita e grado di parentela di ciascuno)

-
-
-
-
-

.....
(Luogo e data)

.....
(Firma dell'erede)

AUTENTICARE LA SOTTOSCRIZIONE IN COMUNE !

- ❖ **TALE DOCUMENTO DEVE ESSERE COMPILATO DA PARTE DI UN EREDE O DA UN BENEFICIARIO (se diverso dagli eredi)!**
- ❖ **E' OBBLIGATORIO COMPILARE OGNI CAMPO!**