

Rif. Banca erogatrice del Finanziamento

Filiale n°: _____

Via/Piazza _____ n° _____

c.a.p. _____ Città _____

Referente: _____

Tel: _____

e-mail: _____

A:

UniCredit Life Insurance S.p.A.

Via E. Cornalia 30

20124 Milano MI

Numero Verde 800.129.027

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Invalità totale permanente e malattia grave

POLIZZE CPI MUTUI PRIVATI/IPOTECARI Imprese/CHIROGRAFARI Imprese

Relativo al Contratto di Finanziamento/Mutuo N.

Per consentire una più rapida valutazione del sinistro subito, preghiamo di compilare in stampatello il presente modulo seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate, e di inviarlo **in busta chiusa a cura dell'avente diritto**, unitamente alla documentazione richiesta tramite lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

UniCredit Life Insurance S.p.A. Via Emilio Cornalia n° 30 20124 Milano MI.

Per ogni informazione necessaria, preghiamo di contattare la Compagnia attraverso i seguenti canali:

- www.unicreditlife.it - Contatti
- Posta elettronica: info@unicreditlife.it
- PEC: info@pec.unicreditlife.it

Ricordiamo inoltre che per consentirci di esaminare la denuncia deve anche essere sottoscritto il consenso al trattamento da parte nostra dei dati sensibili.

Il presente modulo che mette a disposizione la Compagnia non è vincolante (la richiesta, infatti, può essere effettuata anche in carta libera), ma ti consigliamo di utilizzarlo per agevolare e velocizzare le operazioni di liquidazione.

ISTRUZIONI GENERALI PER LA COMPILAZIONE

Nel caso di una nuova denuncia di sinistro:

- Compilare tutte le sezioni del modulo relative alla tipologia di sinistro da denunciare.
- Allegare copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale dell'assicurato
- Copia della visura camerale societaria aggiornata non antecedente a 3 mesi (per Chirografari Imprese e Ipotecari Imprese)
- Copia del documento di identità e codice fiscale del Legale Rappresentante della Società Beneficiaria (per Chirografari Imprese e Ipotecari Imprese)
- Allegare ogni ulteriore documentazione utile alla valutazione del sinistro, oltre a quanto di seguito richiesto.

☐ **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE da Malattia o Infortunio** allegare:

- Copia del verbale di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado
- Documentazione medica/cartelle cliniche presentata agli Enti preposti ai fini del riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente
- Questionario medico allegato al presente modulo debitamente compilato e sottoscritto dal medico curante

☐ **MALATTIA GRAVE** allegare:

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave
- Copia della cartella clinica
- Questionario medico allegato al presente modulo debitamente compilato e sottoscritto dal medico curante

A seguito della verifica della documentazione sopra indicata, la Compagnia si riserva di richiedere eventuale integrazione di documenti, specificandone la motivazione, in presenza di situazioni particolari, per le quali risulti strettamente necessario acquisirli prima di procedere al pagamento, in considerazione di particolari esigenze istruttorie ovvero al fine di dare adempimento a specifiche disposizioni normative. Effettuate tutte le verifiche, la Compagnia mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo documento che completa la pratica.

Si ricorda infine che, qualora le informazioni fornite risultassero non veritiere, inesatte o parzialmente incomplete, le tempistiche di liquidazione potranno subire dei ritardi, protrahendosi fino al completamento dell'istruttoria relativa al sinistro.

Sezione 1. Dati dell'Assicurato

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____/____/____ Sesso _____ Codice Fiscale _____
Domicilio _____
Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Tipo documento _____ n. documento d'identità _____
Luogo del rilascio _____ data rilascio: _____ Data scadenza _____

Sezione 2. Dichiarazione dell'Avente Causa

Io Sottoscritto/a _____ in qualità di _____ della persona assicurata, impossibilitata a compilare il presente modulo a causa di _____,

dichiaro di aver compilato la presente denuncia di Sinistro.

Domicilio _____

Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Telefono _____ E- mail _____

La presente denuncia si riferisce al sinistro a seguito di:

- ☐ INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE
☐ MALATTIA GRAVE

Io sottoscritto/a _____ dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero ed inoltre dichiaro di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e/o il datore di lavoro e di consentire a *UniCredit Life Insurance S.p.A.* le indagini e gli accertamenti al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Firma _____ Data ____ / ____ / ____

Modalità di pagamento

- ☐ a) Bonifico bancario a favore all'Istituto di Credito che ha erogato il finanziamento (esclusivamente per adesioni alla polizza precedenti al 02/04/2012)
- ☐ a) Bonifico bancario a favore del seguente beneficiario designato (per adesioni successive al 01/04/2012 o in caso di surroga o estinzione del prestito):

IBAN _____ Istituto Bancario _____

Intestatario _____

Firma _____ Data ____ / ____ / ____

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome del Medico Curante _____

Telefono _____

Cognome e Nome del Paziente _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale _____

Da quanto tempo l'Assicurato era registrato negli elenchi dei suoi pazienti? _____

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per infortunio o malattia? sì ☐ no ☐

Data	Causa	Diagnosi	Trattamento

L'invalidità o la malattia grave sono conseguenti a ubriachezza, abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso di stupefacenti o di psicofarmaci, o comunque volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata; sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate; malattie mentali, e psicopatie in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche; trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche

☐ SI (specificare) ☐ NO

Invalidità Permanente Totale

Data della prima diagnosi della malattia invalidante o dell'infortunio causa di invalidità ____ / ____ / ____ Percentuale di invalidità _____

Malattia grave

Data della prima diagnosi della malattia ____ / ____ / ____

Descrizione dettagliata dell'insorgenza e del decorso della patologia determinanti l'invalidità o malattia grave con particolare riferimento alla cronologia degli eventi

RICOVERI A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO

Data	Causa	Diagnosi	Trattamento

Il sottoscritto Dott: _____ certifica che le informazioni fornite corrispondono al vero.

Firma _____ Data ____ / ____ / ____

TIMBRO DEL MEDICO



INFORMATIVA PRIVACY

Il sottoscritto conferma inoltre di aver preso visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 679/2016, di cui al presente modulo.

Firma Beneficiario avente diritto _____ Data ____ / ____ / ____

INFORMATIVA EX ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

PER BENEFICIARI DELLE POLIZZE

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come “**Regolamento**” o “**GDPR**”) e UniCredit Life Insurance S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come “**UniCredit Life Insurance**” o “**Titolare**”), intende informarla circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
UniCredit Life Insurance, in adempimento degli oneri previsti dall'art. 11, co. 4, Reg. IVASS 41/2018 nonché dalle ulteriori indicazioni fornite dall'Autorità di Vigilanza, tratta i seguenti Dati Personali del beneficiario: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo e-mail, recapito telefonico, codici identificativi vari (i.e. C.F./documento d'identità/passaporto), indirizzo, cittadinanza, IBAN.
- c) **Titolare:** UniCredit Life Insurance che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.
- d) **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.
- e) **Interessato:** il beneficiario della polizza a cui si riferiscono i Dati Personali.
- f) **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da UniCredit Life Insurance per le finalità di seguito meglio dettagliate sono i Dati Personali forniti a UniCredit Life Insurance dal contraente/aderente di una polizza vita.

UniCredit Life Insurance non tratta Dati Personali che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

I Dati Personali sono trattati in adempimento alle finalità di cui all'art. 11 Reg. IVASS 41/2018 e della normativa a vario titolo applicabile al Titolare nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al contratto assicurativo sottoscritto dal contraente/aderente che ha indicato l'Interessato come beneficiario della polizza da lui sottoscritta e che sono trattati dal Titolare al fine di liquidare la polizza in caso di verificarsi dell'evento dedotto in polizza.

Base di legittimazione: esecuzione del contratto assicurativo e adempimento di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali sono conservati dal Titolare per un periodo temporale di anni 11 decorrente dall'ultima registrazione collegata al rapporto contrattuale di cui lei è parte, oltre all'ulteriore periodo normativamente previsto per ottemperare ad obblighi di legge e regolamentari e salvo che un ulteriore trattamento sia necessario per esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, o per evadere richieste da parte di Autorità.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati Personali di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di UniCredit Life Insurance, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di UniCredit Life Insurance medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità, anche soggetti esterni a UniCredit Life Insurance – oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte della “catena assicurativa” (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Unicredit S.p.A., o comunque da essa controllate o ad essa collegate; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione; soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da UniCredit Life Insurance anche nell’interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d’obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l’espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell’UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali UniCredit Life Insurance può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, in qualità di autonomi “Titolari”, salvo il caso in cui siano stati designati da UniCredit Life Insurance quali “Responsabili” esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

UniCredit Life Insurance non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l’Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

- a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l’integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
- b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
 - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - l’Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
 - l’Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
 - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
 - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
- c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
 - l’Interessato contesta l’esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
 - il Trattamento è illecito e l’Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l’utilizzo;
 - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l’accertamento, l’esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - l’Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
- d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l’Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all’altro, se tecnicamente fattibile;
- e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l’Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all’attenzione del *Data Protection Officer* presso UniCredit Life Insurance S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una e-mail all’indirizzo PEC: privacy@pec.unicreditlife.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare e-mail anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati “statici”, senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all’Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all’interessato entro il termine di trenta giorni.

L’esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l’Interessato, e quest’ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L’Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all’Autorità Garante Privacy, contattabile al sito Web <http://www.garanteprivacy.it/>.