

Modulo di Denuncia di Sinistro per Decesso da Infortunio

Spazio riservato alla Società

SINISTRO N.:

POLIZZA BUSINESSSEMPRE - PACCHETTO "INFORTUNI"

La preghiamo di compilare in stampatello in ogni sua parte seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate e inviarlo tramite raccomandata A.R., unitamente alla documentazione richiesta, a:

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di contattare il **Servizio Clienti** al numero **800.124.124** attivo da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.30 alle 13.30. Per chiamate dall'estero comporre il numero **+39.02.30.32.80.13**

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Documenti da allegare:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale o sua copia autentica e conforme con indicazione della data di nascita;
- visura camerale storica rilasciata in data successiva a quella del decesso;
- copia della carta di identità del Beneficiario ovvero, in presenza di procura, del procuratore ovvero in caso di Beneficiario persona giuridica, del legale rappresentante;
- per le polizze con decorrenza dal 29/11/2010, l'indicazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) su cui effettuare il pagamento; tale indicazione dovrà essere firmata in originale da tutti i Beneficiari della prestazione assicurata (anche disgiuntamente tra loro);
- relazione del medico curante, completa di anamnesi remota, contenente tutte le informazioni richieste nel fac-simile della Relazione del Medico Curante allegata al presente modulo. Per facilitare la raccolta delle informazioni mediche ai fini della valutazione del sinistro occorre verificare che il medico abbia attestato la causa del decesso;
- informazioni sul contratto di finanziamento come da apposito modulo allegato e il piano di ammortamento originario;
- modulo ISTAT di decesso dell'Assicurato;
- in caso di decesso conseguente a causa violenta, la copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio);
- in presenza di dati sensibili relativi ai Beneficiari, modulo di consenso al trattamento dei dati da parte dei Beneficiari stessi;
- in caso di Beneficiari minori o soggetti ad amministrazioni di sostegno o inabilitati o interdetti, originale del provvedimento o dei provvedimenti del Giudice Tutelare o sua/loro copia autenticata e conforme, con il quale si autorizzi l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione del capitale destinato ai Beneficiari, nonché l'indicazione delle modalità per il reimpiego di tale capitale e l'esonero della Compagnia da ogni responsabilità.

Se il decesso dell'Assicurato si verifica nei primi 7 anni di durata del contratto, dovrà essere inviata alla Compagnia:

- la documentazione relativa a ricoveri (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota, compresa eventuale certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso effettuati nei 10 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino al decesso);
- esami diagnostici strumentali o di laboratorio effettuati nei 10 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino al decesso.

Se il decesso dell'Assicurato si verifica successivamente al 7° anno di durata del contratto, allegare:

- la documentazione relativa a ricoveri (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota, compresa eventuale certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso effettuati nei 7 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino al decesso);
- esami diagnostici strumentali o di laboratorio effettuati nei 7 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino al decesso.

Per quanto riguarda la documentazione sanitaria o relativa alle circostanze del decesso dell'assicurato necessaria per l'erogazione della prestazione assicurata:

- la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire tale documentazione;
- il Beneficiario raccoglierà e presenterà direttamente alla Compagnia la predetta documentazione; qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla (per esempio in quanto non faccia parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato), potrà mettersi in contatto con la Compagnia al fine di conferirle specifico mandato affinché, nel nome e nell'interesse del Beneficiario e nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si possa attivare per il recupero della stessa;
- in ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione se già in suo possesso;

- la Compagnia riconoscerà un importo fino a un massimo di 50,00 euro a titolo di indennità forfettaria per le spese sostenute per ottenere le cartelle cliniche e/o le certificazioni mediche utili per la valutazione dei presupposti per la liquidazione; tale importo potrà essere erogato una sola volta indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti dal Cliente e verrà riconosciuto dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa sostenuta, indicando le coordinate bancarie del soggetto che sostiene la spesa.

Se la richiesta di pagamento fa riferimento a una designazione di beneficiario nominativamente individuato, allegare:

- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento;
- nel caso siano presenti disposizioni testamentarie:
 - I) atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che l'Assicurato sia deceduto lasciando uno o più testamenti, indicante:
 - (i) gli estremi del/i testamento/i;
 - (ii) che il/i testamento/i, per quanto a conoscenza del dichiarante, sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati;
 - II) copia autentica del/i testamento/i, completa del relativo verbale di pubblicazione.

Se la richiesta di pagamento non fa riferimento ad una designazione di beneficiario nominativamente individuato, allegare:

- I) nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
 - atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento e quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con l'Assicurato, la loro data di nascita e capacità di agire;
- II) nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto lasciando uno o più testamenti:
 - atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti:
 - (i) che, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'Assicurato sia deceduto lasciando testamento e che il/i testamento/i sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati;
 - (ii) gli estremi del/i testamento/i;
 - (iii) quali sono gli eredi testamentari o in loro assenza gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con l'Assicurato, la loro data di nascita e capacità di agire;
 - copia autentica del/i testamento/i, completa del relativo verbale di pubblicazione.

A seguito di specifiche esigenze, la Compagnia potrà richiedere ulteriore documentazione necessaria all'iter di liquidazione.

Dati dell'Assicurato

Cognome Nome
 Comune C.A.P. Prov.
 Indirizzo
 Cod. Fiscale
 Data del decesso/...../..... Data di nascita/...../.....

Dati del Richiedente

Indirizzo
 C.A.P. Località Prov.
 Tel./
 Codice fiscale/Partita IVA
 in riferimento alla polizza n° denominata
 con Assicurato il/la Sig./ra

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

Data/...../.....

Il Richiedente

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 non sono ritenuti validi documenti prodotti con autocertificazione.

D.lgs. n. 196/2003 - CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Dato atto che, al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione alle polizze collettive abbinata ai "Finanziamenti Business", in qualità di assicurato, la Società Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. mi ha reso l'informativa ai sensi dell'art. 13 e mi ha altresì richiesto il consenso ai sensi e per gli effetti dei successivi artt. 23, 26, 43, del D.lgs. sopra citato, con la presente io sottoscritt
..... dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che rimangono per il resto invariate le indicazioni contenute nella citata informativa ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile dello stesso e ai diritti a me riconosciuti dal D.lgs. sopra citato. Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da me forniti, da parte della Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., alla loro comunicazione ai soggetti ivi individuati e ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, in ogni caso ai soli fini di liquidare il sinistro a me occorso.

Data/...../.....

Firma.....

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI PER IL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA (Informativa aggiornata a ottobre 2016)

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. (di seguito anche "Società") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa nella sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali che la riguardano forniti, anche per il tramite le reti di vendita presso la clientela, da Contraenti di polizze che la designano quale Beneficiario delle prestazioni assicurative o da lei forniti in occasione della richiesta di pagamento delle prestazioni assicurative oppure in occasione della denuncia di sinistro per decesso dell'Assicurato (di seguito il "**Sinistro**").

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I suoi dati personali (dati anagrafici, quali ad esempio nome, cognome, sesso, data di nascita e codice fiscale; coordinate bancarie, residenza o altro indirizzo; ecc.) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali al pagamento di prestazioni assicurative/liquidazione del Sinistro a favore di Beneficiari terzi rispetto al Contraente o all'Assicurato di polizza, 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.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 4) e (v) 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

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 in alcuni casi necessario per concludere, gestire o dare esecuzione al rapporto contrattuale e ai pagamenti richiesti e previsti dal contratto. Senza i suoi dati, infatti, la Società non potrà concludere il contratto di polizza e/o procedere al successivo pagamento delle prestazioni.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al precedente punto 1, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza¹ ad altri soggetti² del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento.

Le precisiamo, infine, che l'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i predetti soggetti cui possono essere comunicati i dati in qualità di titolari autonomi o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati del trattamento è disponibile on-line sul sito internet della Società (www.intesasnanpaolovita.it) e può anche essere richiesto scrivendo a privacy@intesasnanpaolovita.it. I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO INCAPACE DI AGIRE O DEL BENEFICIARIO PERSONA GIURIDICA

La presente informativa riguarda anche il trattamento dei dati del Rappresentante legale del Beneficiario della prestazione assicurativa da liquidarsi qualora il Beneficiario sia incapace di agire ovvero si tratti di una persona giuridica.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logiche e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi direttamente alla Società o al Responsabile specificatamente designato per il riscontro agli interessati scrivendo a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. – Privacy, Corso Inghilterra 3 – 10138 Torino oppure a privacy@intesasnanpaoloassicura.com. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo al sopra menzionato indirizzo di posta elettronica.

¹ Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina antiriciclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

² Si tratta in particolare dei seguenti soggetti, alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
- società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI PER IL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA (Informativa aggiornata a ottobre 2016)

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. (di seguito anche "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa nella sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali, **eventualmente anche sensibili**, che la riguardano forniti, anche per il tramite le reti di vendita presso la clientela, da Contraenti di polizze che la designano quale Beneficiario delle prestazioni assicurative o da lei forniti in occasione della richiesta di pagamento delle prestazioni assicurative oppure in occasione della denuncia di sinistro per decesso dell'Assicurato (di seguito il "**Sinistro**").

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I suoi dati personali (dati anagrafici, quali ad esempio nome, cognome, sesso, data di nascita e codice fiscale; coordinate bancarie, residenza o altro indirizzo; ecc.) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali al pagamento di prestazioni assicurative/liquidazione del Sinistro a favore di Beneficiari terzi rispetto al Contraente o all'Assicurato di polizza, 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.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 4) e (v) 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

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 in alcuni casi necessario per concludere, gestire o dare esecuzione al rapporto contrattuale e ai pagamenti richiesti e previsti dal contratto. Senza i suoi dati, infatti, la Società non potrà concludere il contratto di polizza e/o procedere al successivo pagamento delle prestazioni.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al precedente punto 1, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza² ad altri soggetti³ del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento.

Le precisiamo, infine, che l'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i predetti soggetti cui possono essere comunicati i dati in qualità di titolari autonomi o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati del trattamento è disponibile on-line sul sito internet della Società (www.intesasnpaolovita.it) e può anche essere richiesto scrivendo a privacy@intesasnpaolovita.it. I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO INCAPACE DI AGIRE

La presente informativa riguarda anche il trattamento dei dati del Rappresentante legale del Beneficiario della prestazione assicurativa da liquidarsi qualora il Beneficiario sia incapace di agire.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logiche e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi direttamente alla Società o al Responsabile specificatamente designato per il riscontro agli interessati scrivendo a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. – Privacy, Corso Inghilterra 3 – 10138 Torino oppure a privacy@intesasnpaoloassicura.com. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo al sopra menzionato indirizzo di posta elettronica.

¹ Sono considerati sensibili, ad esempio, i dati idonei a rilevare lo stato di salute, attinenti all'incapacità o infermità fisiche e/o psichiche, connesse a stati giuridici come l'interdizione, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno.

² Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina anticiclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

³ Si tratta in particolare dei seguenti soggetti, alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
- società di servizi per il quietanziamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Gentile Signore/a,

per potere procedere a una rapida e corretta valutazione della sua richiesta, le mettiamo a disposizione un esempio di “Relazione del Medico Curante” che potrà consegnare al medico che ha avuto in cura l'Assicurato.

Tale modulo vuole essere un concreto supporto per facilitare la raccolta delle informazioni da inviare alla Compagnia, fermo restando che le stesse potranno essere fornite anche in un formato differente.

LA INVITIAMO A RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE NEL MODO PIÙ CHIARO E COMPLETO POSSIBILE

Assicurato	Nome e Cognome	<input type="text"/>		
	Luogo e Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Professione	<input type="text"/>		
	Numero tessera Sanitaria	<input type="text"/>	Codice Assistito	<input type="text"/>

Estremi del decesso	Data	<input type="text"/>	Ora	<input type="text"/>
	Comune e Provincia	<input type="text"/>		

Medico curante	Nome e Cognome	<input type="text"/>		
	Via	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
	Comune e Provincia	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
	Telefono	<input type="text"/>		

Cognome/Nome e data di nascita del paziente:				
Da quanto tempo aveva in carico il paziente?				
Le sono state fornite le informazioni anamnestiche risalenti all'epoca antecedente alla Sua prima presa in carico?				
Ha acquisito le suddette informazioni anamnestiche direttamente dal precedente medico curante?				
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA				
1 Quando è avvenuto il decesso (data e ora del decesso)?				
2 Dove e come è avvenuto il decesso?				
3 Quale evento/malattia ha causato il decesso dell'assicurato?				
4 Quando sono comparsi i primi sintomi della suddetta malattia?				
5 Quando ha avuto inizio iter diagnostico?				
6 Quando fu posta per la prima volta la diagnosi della suddetta malattia?				
7 L'evento/malattia ha determinato cure ospedaliere? In caso affermativo, indicare l'epoca del ricovero e la struttura sanitaria.				
8 È stato eseguito esame autoptico? Con quale esito?				
9 Sono stati eseguiti prelievi per esami tossicologici?				
10 Sono stati eseguiti i suddetti esami tossicologici? Con quale esito?				
11 La diagnosi della causa del decesso è stata confermata da altri medici privati od ospedalieri?				
12 Il modello ISTAT è stato compilato da Lei o da altro medico? La invitiamo ad indicare la sequenza causale ivi riportata (causa iniziale, causa intermedia, causa finale).				
13 Sussistevano in anamnesi quadri patologici preesistenti ricollegabili alla malattia o all'evento causa del decesso?				
14 In caso di risposta affermativa alla domanda 13, precisare.	quadro patologico	epoca di diagnosi	terapie praticate epoca di inizio	epoca di eventuali ricoveri

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

La preghiamo di indicare di seguito tutte le patologie sofferte in passato dal Suo Assistito, anche se non correlate alla causa del decesso, precisandone i seguenti dettagli:

quadro
patologico

.....

epoca
di diagnosi

.....

terapie praticate
epoca di inizio

.....

epoca di
eventuali ricoveri

.....

Se per i suddetti quadri patologici si sono resi necessari ricoveri ospedalieri, anche in regime ambulatoriale o diurno continuativo, La preghiamo di indicare i seguenti dettagli:

quadro
patologico

.....

struttura di ricovero

.....

epoca/inizio e
termine del ricovero

Data



IL MEDICO CURANTE (Nome Cognome, Timbro e Firma)

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI PER IL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA
(Informativa aggiornata a ottobre 2016)**

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. (di seguito anche "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa nella sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali che la riguardano forniti, con la compilazione del "**Relazione del Medico Curante e/o Questionario per il Medico Curante**" cui la presente informativa è allegata ovvero successivamente in sede di contratto con la Società.

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I suoi dati personali (dati anagrafici, quali ad esempio nome, cognome, sesso, data di nascita e codice fiscale; coordinate bancarie, residenza o altro indirizzo; ecc.) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali al pagamento di prestazioni assicurative/liquidazione del Sinistro a favore di Beneficiari terzi rispetto al Contraente o all'Assicurato di polizza, tra cui anche la ridistribuzione 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.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 4) e (v) 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

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, infatti, la Società potrebbe non essere in grado di procedere alla liquidazione della polizza a favore del Beneficiario designato.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al precedente punto 1, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza¹ ad altri soggetti² del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento. Inoltre per le finalità di cui al punto 1 le precisiamo che, quali Responsabili o Incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei suoi dati i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logiche e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi direttamente alla Società o al Responsabile specificatamente designato per il riscontro agli interessati scrivendo a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. – Privacy, Corso Inghilterra 3 – 10138 Torino oppure a privacy@intesasanpaoloassicura.com. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo al sopra menzionato indirizzo di posta elettronica.

¹ Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina anticiclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

² Si tratta in particolare dei seguenti soggetti, alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
- società di servizi per il quietanziamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Modulo di Denuncia di Sinistro per Invalidità Totale Permanente da Infortunio

Spazio riservato alla Società

SINISTRO N.:

POLIZZA BUSINESSSEMPRE - PACCHETTO "INFORTUNI"

Gentile Assicurato/a,

per consentire una più rapida valutazione del danno da Lei subito, La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate, e di inviarlo **entro 60 giorni** dalla data di accadimento del sinistro (in caso di invalidità da malattia **entro 60 giorni** da quando quest'ultima si presume abbia comportato l'invalidità) tramite raccomandata A.R., unitamente all'altra documentazione richiesta, a:

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di contattare il **Servizio Clienti** al numero **800.124.124** attivo da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.30 alle 13.30. Per chiamate dall'estero comporre il numero **+39.02.30.32.80.13**

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Compilare tutte le sezioni del presente modulo.

Documenti da allegare:

- documentazione sanitaria (certificazione del pronto soccorso, eventuale copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica, esiti esami strumentali e/o di laboratorio, e ulteriore documentazione medica);
- visura camerale del Richiedente;
- accertare che il proprio medico compili il questionario allegato in grafia leggibile e completo in tutte le sue parti;
- eventuale relazione del medico legale che ha accertato l'invalidità totale permanente;
- copia della carta d'identità o altro documento valido ed equipollente attestante la data di nascita;
- copia patente di guida ed eventuale verbale dell'Autorità intervenuta se il sinistro è avvenuto alla guida di veicoli;
- per le polizze con decorrenza dal 29/11/2010, l'indicazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) su cui effettuare il pagamento;
- informazioni sul contratto di finanziamento come da apposito modulo allegato e il piano di ammortamento originario;
- in caso di sinistro conseguente a causa violenta, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti (es. infortunio, tentato suicidio).

La Società si riserva la facoltà di richiedere ogni ulteriore documento ritenuto utile ai fini della gestione del sinistro.

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 non sono ritenuti validi documenti prodotti con autocertificazione.

D.lgs. n. 196/2003 - CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Dato atto che, al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione alla polizza BUSINESSSEMPRE, in qualità di assicurato, la Società Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. mi ha reso l'informativa ai sensi dell'art. 13 e mi ha altresì richiesto il consenso ai sensi e per gli effetti dei successivi artt. 23, 26, 43, del D.lgs. sopra citato, con la presente io sottoscritt
..... dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che rimangono per il resto invariate le indicazioni contenute nella citata informativa ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile dello stesso e ai diritti a me riconosciuti dal D.lgs. sopra citato. Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da me forniti, da parte della Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., alla loro comunicazione ai soggetti ivi individuati e ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, in ogni caso ai soli fini di liquidare il sinistro a me occorso.

Data/...../.....

Firma.....

Dati dell'Assicurato

Cognome Nome

Domicilio

Comune C.A.P. Prov. Telefono

Data di nascita/...../..... Cod. Fiscale

La presente denuncia si riferisce a sinistro a seguito di **INFORTUNIO** Data Infortunio/...../.....

Causa dell'infortunio

.....

.....

.....

Professione (da compilare se si è un libero professionista)

Attività della Società (da compilare in caso di incarico svolto nell'ambito dell'impresa assicurata)

.....

.....

Dichiarazione dell'Assicurato

Io Sottoscritto dichiaro:

- 1) che al momento del sinistro non svolgevo una delle seguenti **professioni non assicurabili**: acrobata trapezista, artista controfigura, aviazione civile (piloti e membri di equipaggio), chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi, collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, guida alpina, addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza (in entrambi i casi limitatamente alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali), operaio a contatto con materiale esplosivo o venefico, operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, operaio di impianti di energia nucleare, sommozzatore o palombaro, speleologo, titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera);
- 2) che le informazioni da me fornite corrispondano al vero;
- 3) di sciogliere dal riserbo i medici curanti al fine di consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Data/...../.....

Firma

QUESTIONARIO 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 le lesioni riportate nell'infortunio
- 5) Quando si è verificato l'infortunio?.....
- 6) L'infortunio ha determinato un periodo di ricovero? Se sì, la preghiamo di indicare la data di ingresso.....e la data di dimissioni.....
- 7) Inoltre la preghiamo di compilare la sezione sottostante indicando tutte le patologie di cui ha sofferto l'assicurato anche se non correlate alla causa di **Invalidità Totale Permanente da Infortunio**:

DATA (GG/MM/AAAA)	DIAGNOSI	CAUSA	DURATA INFORTUNIO/TRATTAMENTO	EVENTUALI RICOVERI (dove ed in quali date)

- 8) Può stabilirsi un nesso di causalità tra l'infortunio e le precedenti condizioni patologiche?

Sì

No

In caso affermativo quali?.....

- 9) Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa Sì No

Data dalla quale il paziente non può attendere nemmeno in parte alla normale attività lavorativa
...../...../.....

In caso affermativo, data dalla quale il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa.....

Indirizzo dello studio:.....

Telefono:.....

Data.....

Firma.....

Timbro del Medico

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI PER IL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA (Informativa aggiornata a ottobre 2016)

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. (di seguito anche "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa nella sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali che la riguardano forniti, con la compilazione del "**Relazione del Medico Curante e/o Questionario per il Medico Curante**" cui la presente informativa è allegata ovvero successivamente in sede di contratto con la Società.

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I suoi dati personali (dati anagrafici, quali ad esempio nome, cognome, sesso, data di nascita e codice fiscale; coordinate bancarie, residenza o altro indirizzo; ecc.) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali al pagamento di prestazioni assicurative/liquidazione del Sinistro a favore di Beneficiari terzi rispetto al Contraente o all'Assicurato di polizza, tra cui anche la ridistribuzione 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.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 4) e (v) 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

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, infatti, la Società potrebbe non essere in grado di procedere alla liquidazione della polizza a favore del Beneficiario designato.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al precedente punto 1, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza¹ ad altri soggetti² del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento. Inoltre per le finalità di cui al punto 1 le precisiamo che, quali Responsabili o Incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei suoi dati i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logiche e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi direttamente alla Società o al Responsabile specificatamente designato per il riscontro agli interessati scrivendo a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. – Privacy, Corso Inghilterra 3 – 10138 Torino oppure a privacy@intesasanpaoloassicura.com. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo al sopra menzionato indirizzo di posta elettronica.

¹ Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina antiriciclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

² Si tratta in particolare dei seguenti soggetti, alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
- società di servizi per il quietanziamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Modulo di Denuncia di Sinistro per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio

Spazio riservato alla Società

SINISTRO N.:

POLIZZA BUSINESSSEMPRE - PACCHETTO "INFORTUNI"

Gentile Assicurato/a,

per consentire una più rapida valutazione del danno da Lei subito, La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello seguendo attentamente le istruzioni qui di seguito riportate e di inviarlo entro **25** giorni dalla data di accadimento del sinistro tramite raccomandata A.R., unitamente all'altra documentazione richiesta, a:

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano

Per ogni informazione a Lei necessaria, La preghiamo di contattare il **Servizio Clienti** al numero **800.124.124** attivo dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 20.00 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. Per chiamate dall'estero comporre il numero **+39.02.30.32.80.13**

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. Nel caso di denuncia di sinistro:

Compilare tutte le sezioni del presente modulo

Documenti da allegare:

- copia della carta d'identità o altro documento valido ed equipollente attestante la data di nascita;
- copia patente di guida ed eventuale verbale dell'Autorità intervenuta se il sinistro è avvenuto alla guida di veicoli;
- per le polizze con decorrenza dal 29/11/2010, l'indicazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) su cui effettuare il pagamento;
- accertarsi che il proprio medico compili il questionario allegato in grafia leggibile e completo in tutte le sue parti;
- documentazione sanitaria (certificazione del pronto soccorso, copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica, esiti esami strumentali e/o di laboratorio e ulteriore documentazione medica);
- certificato medico attestante l'inabilità e eventuale certificato di ricovero in ospedale (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica);
- certificato medico attestante la conclusione dell'infortunio o della malattia;
- in caso di infortunio, eventuale verbale dell'Autorità che ha effettuato gli accertamenti;
- documentazione comprovante l'attività svolta e da quando. In caso di lavoratore autonomo: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA, visura camerale aggiornata ed emessa in data successiva alla data dell'evento denunciato;
- informazioni sul contratto di finanziamento come da apposito modulo allegato e il piano di ammortamento originario;
- copia della documentazione integrale INAIL (denuncia infortunio, continuazione e relativa chiusura).

1. Nel caso di continuazione di un sinistro già denunciato:

- Allegare il certificato medico e/o eventuali certificati di ricovero in ospedale attestanti la continuazione del sinistro e le condizioni cliniche dell'assicurato;
- Allegare il certificato medico attestante la conclusione dell'infortunio o della malattia.

La Società si riserva la facoltà di richiedere ogni ulteriore documento ritenuto utile ai fini della gestione del sinistro.

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 non sono ritenuti validi documenti prodotti con autocertificazione.

D.lgs. n. 196/2003 - CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Dato atto che, al momento della sottoscrizione della dichiarazione di adesione alla polizza BUSINESSSEMPRE, in qualità di assicurato, la Società Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. mi ha reso l'informativa ai sensi dell'art. 13 e mi ha altresì richiesto il consenso ai sensi e per gli effetti dei successivi artt. 23, 26, 43, del D.lgs. sopra citato, con la presente io sottoscritt
..... dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che rimangono per il resto invariate le indicazioni contenute nella citata informativa ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile dello stesso e ai diritti a me riconosciuti dal D.lgs. sopra citato. Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da me forniti, da parte della Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., alla loro comunicazione ai soggetti ivi individuati e ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, in ogni caso ai soli fini di liquidare il sinistro a me occorso.

Data/...../.....

Firma.....

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicura.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al N. 1.00125 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Dati dell'Assicurato

Cognome Nome

Domicilio

Comune C.A.P. Prov. Telefono

Data di nascita/...../..... Cod. Fiscale

La presente denuncia si riferisce a sinistro a seguito di **INFORTUNIO** Data Infortunio/...../.....

Causa dell'infortunio

.....

.....

.....

Professione (da compilare se si è un libero professionista)

Attività della Società (da compilare in caso di incarico svolto nell'ambito dell'impresa assicurata specificando la mansione svolta)

.....

.....

 Da compilare in caso di continuazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale

- Il periodo di inabilità è iniziato il/...../..... e si prevede che terminerà il/...../.....
- Ha ripreso a lavorare parzialmente? Se sì indicare la data di ripresa parziale dell'attività:/...../.....

Dichiarazione dell'Assicurato

Io Sottoscritto dichiaro:

- 1) che al momento del sinistro non svolgevo una delle seguenti **professioni non assicurabili**: acrobata trapezista, artista controfigura, aviazione civile (piloti e membri di equipaggio), chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi, collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, guida alpina, addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza (in entrambi i casi limitatamente alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali), operaio a contatto con materiale esplosivo o venefico, operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, operaio di impianti di energia nucleare, sommozzatore o palombaro, speleologo, titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera);
- 2) che le informazioni da me fornite corrispondano al vero;
- 3) di sciogliere dal riserbo i medici curanti al fine di consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Data/...../.....

Firma

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI PER IL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA (Informativa aggiornata a ottobre 2016)

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. (di seguito anche "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa nella sua qualità di "Interessato" circa l'utilizzo dei dati personali che la riguardano forniti, con la compilazione del "**Relazione del Medico Curante e/o Questionario per il Medico Curante**" cui la presente informativa è allegata ovvero successivamente in sede di contratto con la Società.

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I suoi dati personali (dati anagrafici, quali ad esempio nome, cognome, sesso, data di nascita e codice fiscale; coordinate bancarie, residenza o altro indirizzo; ecc.) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali al pagamento di prestazioni assicurative/liquidazione del Sinistro a favore di Beneficiari terzi rispetto al Contraente o all'Assicurato di polizza, tra cui anche la ridistribuzione 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.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 4) e (v) 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.

3. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

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, infatti, la Società potrebbe non essere in grado di procedere alla liquidazione della polizza a favore del Beneficiario designato.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per le finalità di cui al precedente punto 1, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza¹ ad altri soggetti² del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento. Inoltre per le finalità di cui al punto 1 le precisiamo che, quali Responsabili o Incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei suoi dati i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logiche e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi direttamente alla Società o al Responsabile specificatamente designato per il riscontro agli interessati scrivendo a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. – Privacy, Corso Inghilterra 3 – 10138 Torino oppure a privacy@intesasnpaoloassicura.com. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo al sopra menzionato indirizzo di posta elettronica.

¹ Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina anticiclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

² Si tratta in particolare dei seguenti soggetti, alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
- società di servizi per il quietanziamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Spett. le
 Banca
 appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo
 FILIALE DI

Oggetto: Polizza BusinessSempre - denuncia di sinistro/richiesta informazioni

Con la presente il/la Sottoscritto/a nella qualità di Legale Rappresentante della Società titolare del contratto di finanziamento n. richiede le seguenti informazioni relative allo stesso:

importo erogato: euro
 durata contratto di finanziamento:
 conto di riferimento (IBAN):

Data/...../.....

.....
 (il Richiedente)

<p>Il/La Sottoscritto/a autorizza a consegnare a....., nato a il....., residente a, le suddette informazioni. Data/...../.....</p>
--

.....
 (il Richiedente)

Preso atto dell'informativa fornitagli dalla Banca distributrice del prodotto il Sottoscritto presta consenso alla trasmissione di ogni eventuale ulteriore rettificca e/o aggiornamento dei sopraesposti dati relativi al suddetto contratto di finanziamento per la gestione del sinistro e la liquidazione della relativa prestazione.

Data/...../.....

.....
 (il Richiedente)

Egr. Sig. / Gentile Sig.ra

.....

Oggetto: Polizza BusinessSempre - informazioni sul contratto di finanziamento

In risposta alla Sua specifica richiesta relativa al contratto di finanziamento n., Le forniamo le seguenti informazioni:

- importo erogato: euro
 - durata contratto di finanziamento: dal/...../..... al/...../.....
 - conto di riferimento (IBAN):

Con l'occasione porgiamo cordiali saluti.

Data/...../.....

Timbro e Firma della Banca
 FILIALE DI.....

Riferimento contatti:

Nominativo Tel.; Fax.....; E-mail

La presente dichiarazione deve essere sempre compilata in caso di denuncia di sinistro e allegata alla stessa.