

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO / RICHIESTA LIQUIDAZIONE POLIZZA VITA (GARANZIA DECESSO DELL'ASSICURATO)

PREMESSA

Il presente modulo è formato da 3 sezioni.

- **Sezione I (Istruzioni per la compilazione/invio del modulo ed informazioni sulla gestione del sinistro)**
- **Sezione II (Denuncia)**
- **Sezione III (Informativa privacy)**

DOVE INVIARE IL MODULO E I DOCUMENTI / CONTATTI UTILI

Dopo aver compilato il presente modulo di denuncia sinistro in ogni sua parte, ed aver raccolto tutta la documentazione richiesta, il modulo e la documentazione vanno inviati ad **Axa France IARD - Società incaricata della gestione del sinistro sopra indicato in nome e per conto della compagnia Incontra Assicurazioni**, con una delle seguenti modalità:

- via posta presso: Gruppo Cattolica c/o Axa France IARD (Ufficio Sinistri) – Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- via fax al numero: 02/23331247
- via e-mail all'indirizzo: clp.it.sinistri@partners.axa

Avvertenza – In caso di documentazione particolarmente voluminosa si raccomanda l'utilizzo della posta

Servizio Clienti Telefonico – È indicato nelle condizioni di assicurazione. Tutti i numeri sono attivi, dal lunedì al giovedì, dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 17:00, ed il venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 (giorni festivi esclusi)

AVVERTENZA

La presentazione della denuncia di un sinistro NON legittima (nemmeno in caso di accoglimento) ad interrompere il pagamento (nei confronti della propria banca / finanziaria) delle rate del mutuo/finanziamento a cui la polizza è eventualmente abbinata. Pertanto, se la polizza è abbinata ad un mutuo o altro contratto di finanziamento, occorre comunque continuare regolarmente a rimborsare le rate in scadenza alla banca / finanziaria.

**Sezione I – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE/INVIO DEL MODULO
ED INFORMAZIONI SULLA GESTIONE DEL SINISTRO**

1 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA LIQUIDAZIONE

IMPORTANTE: È necessario inviare TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo debitamente sottoscritto e compilato, potremo valutare la richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del sinistro. In caso di informazioni o documentazione mancante e/o non idonea contatteremo i beneficiari per gli opportuni chiarimenti e richiesta di integrazione della documentazione.

Per valutare la richiesta di liquidazione, si prega di inviare FOTOCOPIA della seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli Eredi legittimi e/o testamentari (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso
- al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo:
 - (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale sia indicato l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati);
 - (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato.
- dichiarazione/Modulo di Adesione alla Polizza o del Certificato di Polizza/Assicurazione

Inoltre, solo in caso di decesso da malattia e solo qualora la polizza preveda la compilazione di una Dichiarazione di Buono Stato di Salute, di un Questionario Medico o di un Rapporto di Visita Medica

- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia la data di insorgenza della malattia che ha causato il Decesso; e/o cartella clinica relativa all'ultimo ricovero, completa di raccordo anamnestico
 - questionario medico, compilato, firmato e timbrato dal medico di base dell'Assicurato, al fine di confermare la storia medica della persona deceduta, incluse le date di diagnosi, trattamenti medici ricevuti, etc.
- (AVVERTENZA – tale questionario medico è allegato al presente modulo)**

Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio

- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.) e/o dal Pronto Soccorso (118), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro

Infine, solo in caso di polizza abbinata a mutui o altri finanziamenti (prestiti, carte di credito, etc.)

- piano di ammortamento alla data di stipula del mutuo/finanziamento (reperibile anche presso l'ente che ha erogato il finanziamento), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro

La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio; provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare, che legittimi la ricezione da parte di terzo soggetto, dell'indennizzo spettante ad un erede minorenne o incapace; etc.).

2 – COSA SUCCEDDE DOPO L'INVIO DEL MODULO E DEI DOCUMENTI? CHI RICEVE IL PAGAMENTO?

Una volta ricevuto il modulo di denuncia debitamente compilato (e relativa documentazione), gestiremo il sinistro in tre fasi:

- **registrazione** - ricevuta la richiesta di liquidazione, assegneremo al Sinistro denunciato un numero di riferimento. Questo numero sarà sempre citato nella parte superiore di tutta la corrispondenza

- **istruttoria** - gestiremo e valuteremo il Sinistro, eventualmente richiedendo ulteriore documentazione se necessario. Questa fase potrà richiedere massimo 15 giorni
- **decisione** - Esaurita la fase istruttoria, invieremo una lettera contenente l'esito della richiesta di liquidazione, che potrà consistere alternativamente:
 - **accoglimento** - se riterremo il Sinistro indennizzabile, sarà comunicato l'importo liquidabile, il tempo necessario perché tale importo venga accreditato e il soggetto nei confronti del quale tale importo verrà corrisposto
 - **rifiuto** - se riterremo il Sinistro non indennizzabile, sarà comunicato il motivo del rifiuto

Avvertenza - In caso di accoglimento della richiesta di liquidazione, il Sinistro verrà liquidato con le modalità indicate nelle condizioni di assicurazione e, quindi, alternativamente:

- direttamente ai beneficiari da designati in vita dall'assicurato o agli eredi, a mezzo bonifico bancario utilizzando l'IBAN del conto corrente indicato nel presente modulo
- all'Ente Finanziario indicato nelle condizioni di assicurazione come beneficiario o vincolatario dell'indennizzo assicurativo – l'Ente Finanziario utilizzerà l'importo dell'indennizzo per ridurre o estinguere il debito residuo del mutuo/finanziamento

Sezione II – DENUNCIA

DATI DELL'ASSICURATO (persona deceduta)	
Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Ultimo indirizzo di residenza (via/comune/provincia/cap)	
Codice Fiscale	Data del decesso

DATI DELLA POLIZZA DI CUI SI CHIEDE LA LIQUIDAZIONE
Nome polizza
Numero di polizza (in caso di polizza collettiva indicare il numero di polizza collettiva; in caso di polizze individuali indicare il numero del certificato di polizza/assicurazione)

DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO/FINANZIAMENTO (da compilare solo in caso di polizza abbinata a mutui/finanziamenti)	
Banca/Finanziaria	
Filiale / Punto Vendita (indicare via/comune/provincia/cap/telefono/fax)	
Numero contratto	Importo erogato
Data erogazione	Data scadenza

DATI DEL DENUNCIANTE (soggetto che compila il modulo di denuncia sinistro e allega la documentazione)	
Anagrafica e recapiti	
Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo di residenza (indicare via/comune/provincia/cap)	
Domicilio per la corrispondenza sul sinistro (indicare se diverso dalla residenza)	
Telefono*	Codice fiscale
Fax	E-mail
*La Società potrà utilizzare il numero telefonico fornito per contatti telefonici e/o per invio di SMS aventi ad oggetto il sinistro denunciato, salva opposizione dell'Interessato (si rinvia alla Informativa Privacy contenuta nel presente modulo)	
Parentela/Rapporto con l'assicurato (indicare se moglie/marito/figli/padre/madre/fratello/sorella/convivente/etc.)	

Estremi di un documento di identità in corso di validità	
Tipo documento	Numero documento
Ente di rilascio	Luogo di rilascio
Data di rilascio	Data di scadenza

Io sottoscritto denunciante ed avente causa dell'Assicurato, in seguito al decesso dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione dell'indennizzo a seguito del decesso dell'Assicurato in riferimento alla polizza sopra indicata, in favore del/i soggetto/o legittimati/i
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- dopo aver letto l'Informativa Privacy delle Società titolari del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e riportata nel presente modulo di denuncia sinistro, preso atto dell'identità dei titolari al trattamento dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere trasferiti, dei miei diritti ai sensi del Regolamento precitato, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **(barrare una casella)**

☐ PRESTO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO

al trattamento dei miei dati personali da me indicati nel presente modulo di denuncia sinistro, per le finalità, con le modalità ed in favore dei soggetti indicati nell'Informativa Privacy. Sono consapevole che in caso di negazione del consenso non sarà possibile per la compagnia assicurativa gestire il sinistro e la mia richiesta di liquidazione.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

Mandato all'Incasso

(COMPILARE LE SEZIONI SUCCESSIVE **SOLO** SE, NELLA POLIZZA SOTTOSCRITTA, E' PREVISTO IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO DIRETTAMENTE IN FAVORE DELL'ENTE FINANZIARIO CHE HA EROGATO IL PRESTITO)

Noi sottoscritti aventi causa dell'Assicurato nominiamo congiuntamente il Contraente quale mandatario all'incasso per gli Indennizzi a noi spettanti in base alla Polizza. Tale mandato vale a liberare la Società da ogni obbligo verso di noi (è necessario il consenso di tutti gli aventi causa).

Firma 1 Firma 2

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

A) INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA DECEDUTA

Nome e Cognome della persona deceduta

Data di nascita della persona deceduta Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale.....

Da quanto tempo aveva in cura la persona deceduta?

B) CAUSA DEL DECESSO

Data, ora e luogo del decesso

Quale è stata la causa del decesso?

Secondo la sua diagnosi, il decesso è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, pratica di sport professionistici, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì ☐ No ☐ Se sì, La preghiamo di specificare:

.....
.....

E' stata effettuata l'autopsia? Sì ☐ No ☐

C) IN CASO DI DECESSO PER MALATTIA, LA PREGHIAMO DI RISPONDERE ANCHE ALLE DOMANDE SOTTOSTANTI

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Malattia? Sì ☐ No ☐ Se sì, quando e per quali motivi?

.....
.....

Quale è la data di diagnosi della Malattia che ha causato il decesso?/...../.....

Quale è stata la causa della Malattia che ha causato il decesso?

.....
.....

Può stabilirsi un nesso di causalità tra la Malattia che ha determinato il decesso e le precedenti condizioni patologiche del soggetto deceduto? Sì ☐ No ☐ Se sì, La preghiamo di dettagliare le patologie pregresse nella presente tabella:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO (se farmacologico indicare i farmaci e posologia)	DURATA MALATTIA (o della cura farmacologica)

A seguito delle sopra indicate malattie, il soggetto deceduto è stato ricoverato presso strutture sanitarie oppure si è rivolto a dei medici specialistici?

Sì ☐ No ☐ Se sì, la preghiamo di indicarci dove, da chi (nominativo medico) ed in quali date

.....
.....

Dichiarazione, firma e timbro del medico

Il sottoscritto Dott.dichiara che le informazioni fornite nel presente questionario medico corrispondono al vero.

FIRMA..... data/...../.....

TIMBRO DEL MEDICO

Indirizzo dello studio :

Telefono: Fax:

e-mail:



Questa sezione del modulo va compilata solo ed esclusivamente qualora la polizza preveda il pagamento dell'indennizzo a favore degli eredi / beneficiari designati

AVVERTENZE
In presenza di più beneficiari designati o di più eredi, l'indennizzo verrà corrisposto in favore di ciascuno di essi in parti uguali (salvo diverse disposizioni in vita dell'assicurato), mediante accredito via bonifico bancario sul conto corrente di accredito dell'indennizzo indicato nella sezione "Dati del beneficiario / Erede"
In presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può in alternativa richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede, sottoscrivendo l'apposito mandato di pagamento

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del
Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

Le Società del Gruppo imprenditoriale Cattolica (per l'elenco della/e Società Titolare/i dello specifico prodotto assicurativo fare riferimento al fascicolo informativo ricevuto in fase di adesione), **quali Titolare dei trattamenti sotto indicati**, premesso che la presente informativa viene rilasciata tramite i contraenti/aderenti/assicurati/⁽¹⁾, anche agli eventuali interessati⁽²⁾:

- cui i dati trattati si riferiscono, che prestino attività lavorativa o professionale o collaborino o siano in rapporti commerciali ed economici, familiari, di convivenza, o diversi, con i detti soggetti;
- i cui dati possano comunque essere comunicati, conosciuti e/o trattati dal Titolare in esecuzione e nello svolgimento del rapporto principale,

forniscono le seguenti informazioni.

DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali identificativi⁽³⁾, immagini e/o video, dati amministrativi, contabili, professionali, commerciali, patrimoniali e reddituali, eventuali dati giudiziari e dati relativi alla salute, relativi all'interessato o a terzi⁽⁴⁾, sono utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali:

- 1. per finalità assicurative/liquidative** e quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e la liquidazione dei sinistri; per attività preliminari⁽⁵⁾ e conseguenti⁽⁶⁾ (anche attraverso dati puntuali raccolti presso altre banche dati a cui il Titolare possa avere accesso per la valutazione economico/finanziaria del cliente), strumentali e conseguenti⁽⁷⁾ alle predette; per l'esercizio e la difesa dei diritti, ecc. e per finalità derivanti da obblighi normativi, a cui è soggetto il Titolare⁽⁸⁾; inoltre anche per la comunicazione ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa ed al trattamento e trasferimento all'estero, anche extra UE, da parte del Titolare e di tali altri soggetti. In caso di Vostra comunicazione di dati personali relativi a terzi, siete responsabili della suddetta comunicazione e siete tenuti ad informarli e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento dei loro dati, per le finalità, e con le modalità e da parte dei soggetti indicati;
- 2. per finalità di legittimo interesse di marketing del Titolare**, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto⁽⁹⁾, salvo opposizione⁽¹⁰⁾, così da farvi conoscere i prodotti/servizi del Titolare e quindi ad esempio ai fini di invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazione commerciale e promozione commerciale;
- 3. per finalità di legittimo interesse del Gruppo Imprenditoriale Cattolica (l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it), di comunicazione dei dati alle società facenti parte, che li tratteranno per proprie finalità di marketing**, effettuate con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto⁽¹¹⁾;

⁽¹⁾ anche nel caso in cui siano soggetti diversi da persone fisiche;

⁽²⁾ ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali;

⁽³⁾ quali ad esempio nome, cognome, codice fiscale, partita iva, indirizzo, e-mail, recapito telefonico, denominazione e sede, etc;

⁽⁴⁾ quali ad esempio conviventi, familiari, beneficiari, collaboratori, dipendenti, referenti, garanti e coobbligati, etc., ed i cui dati vengono trattati limitatamente alle finalità assicurative/liquidative;

⁽⁵⁾ quali ad esempio la stesura di preventivi;

⁽⁶⁾ quali ad esempio analisi tariffarie;

⁽⁷⁾ quali ad esempio la verifica della qualità percepita del servizio, con riferimento a richieste pervenute e al miglioramento del servizio reso;

⁽⁸⁾ quali ad esempio attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, etc. (inclusi gli adempimenti IDD previsti dalla Direttiva Europea 2016/97/UE) etc.;

⁽⁹⁾ di cui all'art. 130, I e II comma, del Codice Privacy, tramite attività svolte oltre che con interviste personali, questionari, posta ordinaria, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con strumenti, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web, ed anche attraverso i soli dati di contatto forniti dall'interessato o eventualmente reperiti dai profili pubblici nei social network;

⁽¹⁰⁾ cfr Capitolo "Diritti dell'Interessato";

⁽¹¹⁾ vedi nota 9;

4. se acconsentite, per finalità di profilazione effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità totalmente automatizzata, nonché per definire il profilo dell'interessato per formulare proposte adeguate rispetto alle sue necessità e caratteristiche, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹²⁾. La profilazione avverrà con i dati forniti dall'interessato e/o mediante dati reperiti attraverso il profilo *social*. In questo caso, quindi, il trattamento per finalità di *marketing* del Titolare potrà essere effettuato anche utilizzando i dati dell'attività di profilazione, al fine di poter inviare comunicazioni di *marketing* personalizzate del Titolare.
5. se acconsentite, per finalità di invio, effettuato dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto ⁽¹³⁾, di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario di soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁴⁾ per finalità di *marketing*;
Per lo svolgimento delle attività preliminari, strumentali e conseguenti ai trattamenti effettuati per tutte le suddette finalità, ci si potrà avvalere di soggetti di norma designati Responsabili e di altre società del Gruppo Cattolica.
6. se acconsentite, per finalità di comunicazione dei dati, da parte del Titolare, a soggetti appartenenti a determinate categorie merceologiche ⁽¹⁵⁾, che li tratteranno per proprie finalità di *marketing*, effettuate con modalità tradizionali e automatizzate di contatto ⁽¹⁶⁾, ai fini, ad esempio, di invio di materiale pubblicitario; vendita diretta; compimento di ricerche di mercato; comunicazione commerciale; promozione commerciale.

MODALITA' DI TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati è eseguito con e/o senza l'ausilio di strumenti elettronici ad opera di soggetti designati Responsabili ovvero impegnati alla riservatezza. I dati possono essere quindi conosciuti da parte delle altre società del Gruppo Cattolica che, facendo parte dello stesso Gruppo Imprenditoriale, hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo, e da parte di altri soggetti che svolgono attività preliminari, strumentali e conseguenti, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza.

COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio coassicuratori, riassicuratori, *broker*, intermediari, medici fiduciari consulenti valutatori e legali; associazioni (es. ANIA) e consorzi del settore assicurativo, IVASS, COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, e nell'eventualità INPS; altresì ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, etc..

Ai soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, i dati possono essere comunicati per il perseguimento delle finalità di cui al punto 6, solo a seguito del conferimento degli appositi consensi facoltativi. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per essi al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali, ad esempio, quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettifica, la cancellazione (oblio), la

⁽¹²⁾ vedi nota 9;

⁽¹³⁾ vedi nota 9;

⁽¹⁴⁾ editoria, automotive, servizi finanziari, bancari ed assicurativi, grande distribuzione, socio-sanitario, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia;

⁽¹⁵⁾ vedi nota 14;

⁽¹⁶⁾ vedi nota 9;

limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato e dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato o di attività di profilazione.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi dell'art. 20 del Reg.Ue, nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo. Quanto sopra vale anche per l'eventuale esercizio dei diritti nei confronti delle altre società del Gruppo Cattolica.

TEMPI DI CONSERVAZIONE

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari fatti salvi i termini prescrizionali e di legge nel rispetto dei diritti ed in ottemperanza degli obblighi conseguenti e dell'eventuale opposizione al trattamento esercitabile per le finalità di *marketing* e promozionali in qualsiasi momento. Pertanto, di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di cessazione del contratto o di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

NATURA DEL CONFERIMENTO

Il conferimento è obbligatorio per i dati relativi alle finalità di cui al punto 1, necessari agli adempimenti contrattuali e normativi, e alle finalità di cui ai punti 2 e 3; per gli altri dati il conferimento è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potranno dar corso alle operazioni di trattamento descritte.

Si precisa che:

- o sono del tutto facoltativi i trattamenti per finalità di cui ai punti 4⁽¹⁷⁾, 5 e 6: il mancato conferimento non precluderà la conclusione del contratto assicurativo e dei servizi richiesti;
- o per tali trattamenti facoltativi e quelli di cui ai punti 2 e 3, è possibile esercitare, anche in parte, in ogni momento e senza formalità, il diritto di opposizione, con le modalità esplicitate al Capitolo "Diritti dell'interessato", ed anche nei confronti del Titolare, cui si rinvia;
- o il mancato conferimento dei dati con riferimento a detti trattamenti facoltativi o il mancato consenso agli stessi ⁽¹⁸⁾, comportano solo l'impossibilità del Titolare e per le altre società del Gruppo Cattolica, e per i soggetti terzi appartenenti alle categorie sopra indicate, di svolgere le relative attività, ma non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa/liquidativa e ai rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione;
- o i consensi per i detti trattamenti facoltativi non vengono meno fino a formale revoca da parte dell'interessato.

Il Titolare r.l.p.t.

⁽¹⁷⁾ così anche da poter inviare e predisporre comunicazioni di marketing personalizzate proprie del Titolare

⁽¹⁸⁾ tanto degli interessati che, nelle sole ipotesi previste dal Titolo 10 del Codice Privacy e altre norme applicabili, degli altri soggetti diversi da persone fisiche cui si riferiscono i dati.