

**INFORMATIVA**  
**sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli**  
**effetti del Regolamento Europeo UE 2016/679**

Gentile Sig./Sigr.ra,

A seguito dell'incarico di assistenza conferito alla ns. Associazione per l'espletamento degli adempimenti finalizzati all'ottenimento di rimborsi ed indennizzi previsti dalle polizze con le quali lei è assicurato/a, con la presente vengono fornite le seguenti informazioni.

**Premessa** – Il Regolamento UE 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone giuridiche e di ogni altro ente o associazione e di altri soggetti con riferimento al trattamento dei dati personali. Secondo tale normativa il trattamento dei dati personali che si riferiscono ad un soggetto, nello specifico da definirsi "interessato", è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato stesso.

La presente per informarVi, in osservanza del sopraccitato decreto, che in relazione al rapporto che avete con la nostra struttura, siamo in possesso di alcuni dati a Voi relativi, che possono essere stati acquisiti anche verbalmente. Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 la nostra struttura, in qualità di Titolare, procederà al trattamento dei dati personali da Voi forniti nel rispetto della normativa, con la massima cura, attuando procedure e processi di gestione efficaci per garantire la tutela del trattamento dei suoi dati personali.

**1. Modalità e finalità del trattamento** - I dati forniti, anche particolari (sensibili), verranno trattati per l'esecuzione e le finalità di cui all'incarico sopra indicato, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza e dei diritti dell'interessato.

I dati comunicati saranno registrati, trattati e conservati presso i nostri archivi cartacei ed elettronici, in particolare:

- Per l'inserimento delle anagrafiche nei data base informatici.
- Per l'espletamento, con gli enti assicuratori, broker ed intermediari, degli adempimenti finalizzati all'ottenimento di rimborsi ed indennizzi per sé e per i propri familiari.

**2. Quali sono i suoi diritti** – La normativa sulla privacy (artt. 15 -22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

**3. Titolare e Responsabile del trattamento** - Titolare del trattamento è SISCOS SERVIZI S.A.S. ([www.siscosservizi.com](http://www.siscosservizi.com)) con sede in Via Fabio Filzi 2, 20124 Milano (info@siscosservizi.com).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

**SISCOS SERVIZI S.A.S.**

**MODULO DI ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE****TEMPORANEA CASO MORTE – Polizza GENERALI Italia n° 103566****ASSICURATO:**Cognome:  Nome: Nato il:  Comune:  Prov. / Stato Sesso M  F  Cod. Fiscale: Indirizzo: Via e n°  Comune: Cap:  Provincia:  Stato: Professione:  Beneficiari in caso di morte: EREDI LEGITTIMIDecorrenza assicurativa *ore 24 del:*  Durata n° trimestri (barrare): 1  2  3  4 Capitale assicurato:  € 150.000,00  € 250.000,00**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO*****Il sottoscritto assicurando:***

- 1) dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'art. 1919 del Codice Civile, che il presente modulo deve servire esclusivamente per la sua ammissione al contratto collettivo stipulato dal contraente con Generali Italia S.p.A.;
- 2) dichiara di NON essere titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità e di NON avere in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità/inabilità;
- 3) dichiara di non soffrire e di non aver sofferto di malattie che si siano manifestate o che abbiano necessitato di trattamento, cure e/o controlli negli ultimi 5 anni (ad eccezione delle sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche non complicate, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia);
- 4) dichiara di essere capace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana": farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare.

Luogo e Data 

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

**Avvertenze relative ai questionari:**

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

**L'assicurando dovrà in ogni caso firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili.**

**ALLEGATO IV Contratto n. 103566****QUESTIONARIO SANITARIO**

## Dati Anagrafici

Cognome e Nome:  Data di nascita: Sesso: M  F  Codice fiscale: Capitale assicurato:  €150.000,00  € 250.000,00

**È nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).**

*(BARRARE SI' O NO)*

1. Indicare peso ed altezza attuali: Peso kg.  Altezza cm.
2. Fuma o ha mai fumato? **Si**  **No**   
Se **SI**, indicare la quantità giornaliera e il periodo:
3. È incapace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana" farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare?: **Si**  **No**   
Se **SI**, indicare quali:   
Cause ed eventuale patologia:   
Limitazioni alla vita quotidiana (es: fare la spesa, guidare l'automobile, prepararsi da mangiare, fare pulizie, maneggiare denaro, praticare i suoi hobbies, svolgere attività sportiva, seguire correttamente una terapia medica, telefonare, ecc...):

## SOFFRE O HA MAI SOFFERTO DI:

4. **Diabete?** **Si**  **No**   
Se **SI**, indicare, diabete tipo 1 o diabete tipo 2:   
Data diagnosi:   
Valori recenti di glicemia:  Emoglobina glicata:   
Eventuali complicazioni/ricoveri: **Si**  **No**   
Se **SI**, indicare quali:   
Terapia eseguita e/o in corso (indicare se insulino dipendente):
5. **Malattie coronariche?** **Si**  **No**   
Se **SI**, indicare data diagnosi:   
Evento acuto che ha condotto alla diagnosi (infarto, angina etc.):   
Numero di vasi coinvolti (monovasale, bivasale o trivasale):

Eventuali complicanze (aritmie, cardiomiopatie, valvulopatie, pace maker/defibrillatore etc.) **Si**  **No**

Se **SI**, indicare quali:

Intervento chirurgico/ricoveri? **Si**  **No**

Se **SI**, indicare quando e il motivo:

Terapia eseguita e/o in corso:

**6. Ipertensione arteriosa? Si**  **No**

Se **SI**, indicare data diagnosi:

Terapia eseguita e/o in corso:

È in compenso farmacologico? **Si**  **No**

Valori pressori attuali: Max.  Min.

**7. Tumori? Si**  **No**

Se **SI**, indicare, se maligno o benigno:

Data diagnosi:  data eventuale asportazione:

Localizzazione:

Stadiazione TNM/Grado:

Eventuali recidive: **Si**  **No**

Se **SI**, indicare quando e il tipo di recidiva:

Tipo di trattamento:

**8. Epatite B e C? Si**  **No**

Se **SI**, per Epatite B indicare valori recenti di HbsAg:  HBV DNA:  HbeAg:

Se **SI**, per Epatite C indicare valori recenti di HCV:  HCV RNA:

In entrambi i casi compilare i campi sottostanti:

Data diagnosi

Eventuali complicanze (fibrosi, cirrosi, tumori ...): **Si**  **No**

Se **SI**, indicare quali:

Stato attuale/eventuale guarigione:

Terapia eseguita e/o in corso:

**9. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie sopra elencate?**

**Si**  **No**

(NON INDICARE sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche non complicate, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).

Se **SI**, indicare quali:

grado/forma /stadio:

epoca e durata:

quale terapia segue o ha seguito:

esito dell'ultimo esame eseguito in relazione alla malattia sofferta:

**10. Si è mai sottoposto ad esami clinico/strumentali (analisi di laboratorio, visite specialistiche, altro) che abbiano rivelato situazioni NON normali negli ultimi 5 anni? Si**  **No**

Se **SI**, indicare quali:

Epoca:

Esito:

11. È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotici? **Si**  **No**   
Oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? **Si**  **No**

(NON INDICARE ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia)

Se **SI**, indicare:

quando:   
motivo:   
durata:   
esito:

12. È o è stato titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità oppure ha in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità / inabilità: **Si**  **No**

Se **SI**, indicare, Ente:   
Data del riconoscimento o della richiesta:   
Motivo:   
Grado di invalidità:

#### Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base del quale verrà prestata la copertura e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;
- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

\_\_\_\_\_  
(Firma)



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

### **TEMPORANEA CASO MORTE – Polizza GENERALI Italia n° 103566**

#### **Utilizzo dei dati a fini contrattuali**

La informiamo che, conformemente a quanto comunicato con l'informativa sul trattamento dei dati personali fornita al momento della sottoscrizione del Profilo Cliente, i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi<sup>(1)</sup> sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative<sup>(2)</sup>; (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

#### **Diritti dell'interessato**

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, [privacy.it@generali.com](mailto:privacy.it@generali.com) o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "[RPD.it@generali.com](mailto:RPD.it@generali.com)" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021".

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

#### **Tempi di conservazione dei dati**

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

#### **Comunicazione dei Dati**

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE<sup>(3)</sup>.

#### **Trasferimento dei dati all'estero**

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

#### **Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa**

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



**NOTE:**

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

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

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

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

**I miei consensi privacy**

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

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

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Nome e cognome leggibile)

\_\_\_\_\_  
(Firma)