

**ASSICURAZIONE PER IL CASO DI MORTE
CASSA ASSICURATIVA RISCHIO VITA INDUSTRIA ALIMENTARE**

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'APERTURA DELLA PRATICA DI SINISTRO

Per richiedere la liquidazione del capitale, i beneficiari dovranno trasmettere la documentazione di seguito elencata inviandola in busta chiusa a:

**Cassa Rischio Vita
Via Flavia 3
00187 Roma**

- richiesta di liquidazione sottoscritta da ciascun avente diritto**, con evidenza dei codici IBAN e con allegata copia dei documenti di identità e del codice fiscale (con facoltà di utilizzo dell'apposito "MODULO PER LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE IN CASO DI PREMORIENZA" predisposto dalla Società);
- informativa e consenso sul trattamento dei dati personali** sottoscritti dai beneficiari;
- certificato di morte** rilasciato dal Comune;
- certificato medico attestante la causa del decesso**: ad esempio certificato del medico curante o estratto della cartella clinica relativa al decesso (se questo è avvenuto presso una struttura ospedaliera) o scheda di morte ISTAT (reperibile o presso la struttura ospedaliera o presso il Comune); in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti;
- atto notorio** (o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà autenticata in Comune) con indicazione degli eredi legittimi/testamentari del defunto con nome, cognome, data di nascita e grado di parentela di ciascuno. Dichiarare se è stato lasciato o meno testamento. In caso positivo riportare n. repertorio e n. raccolta della pubblicazione del testamento. Deve risultare nell'atto notorio che il testamento è l'ultimo valido e non impugnato (allegato fac simile);
- eventuale** copia del verbale di pubblicazione del **testamento** o copia del testamento pubblico;
- dichiarazione del datore di lavoro o altra **documentazione aggiornata che certifichi l'esistenza di un familiare a carico** dell'assicurato stesso (ad esempio Modelli CU, 730, Unico, dichiarazione del datore di lavoro);
- in caso di cassa integrazione a "zero ore"** dell'assicurato, dichiarazione del datore di lavoro o altra documentazione attestante tale situazione (ad esempio dichiarazione del datore di lavoro con evidenza dell'ultimo giorno di servizio, oppure certificazione INPS);
- in caso di dimissioni per cambio azienda del settore o in caso di cambio mansione**, dichiarazione del datore di lavoro o altra documentazione attestante tale situazione (ad esempio lettera di assunzione del nuovo datore di lavoro).

N.B.: con riferimento agli ultimi tre punti è sufficiente produrre un'unica dichiarazione dell'Azienda Datrice di lavoro dell'Iscritto contenente le informazioni in questione.

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

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

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società Generali Italia S.p.A., Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi(1) (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi(2), saranno trattati in Italia o all'estero 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 autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa(3).

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero(4). I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - privacy.it@generali.com.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. I dati potranno essere raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque) o acquisiti da altri soggetti (contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale).
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; 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.

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

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

D I C H I A R A

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

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

-
-
-
-
-

.....

(Luogo e data)

.....
(Firma dell'erede)

AUTENTICARE LA SOTTOSCRIZIONE IN COMUNE

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

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

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

D I C H I A R A

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

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

I suoi **eredi legittimi** sono:

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

-
-
-

I suoi **eredi testamentari** sono:

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

-
-
-

.....
(Luogo e data)

.....
(Firma dell'erede)

AUTENTICARE IN COMUNE LA SOTTOSCRIZIONE

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