

MODULO DI RICHIESTA PER LA RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

(con esclusione dei Piani Individuali Pensionistici e dei Fondi Pensione Aperti istituiti e gestiti ai sensi del D.Lgs. n. 252/2005)

(da inviare all'indirizzo mail sotto indicato)

Spett.le UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Assistenza Specialistica Vita
Indirizzo mail: assistenzavita@unipolsai.it
Via Lorenzo il Magnifico, 1
50129 - FIRENZE

Il/La sottoscritto/a

Nome (*) _____ Cognome (*) _____

Indirizzo (*) _____

Num. Tel. _____ E-mail (*) _____

Cap (*) _____ Città (*) _____ Prov. (*) _____

Codice Fiscale (*) _____

in qualità di *(indicare una delle voci sotto riportate)*:

richiedente, come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente;

delegato/a oppure amministratore di sostegno o legale rappresentante

del/la richiedente Sig./Sig.ra *(di seguito indicato)*:

Nome (*) _____ Cognome (*) _____

Codice Fiscale (*) _____

chiede di conoscere se, presso la Compagnia, esistano coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti contraente e assicurata e allo stesso tempo il richiedente risulti beneficiario, fornendo a tal fine le seguenti informazioni *(senza le quali non sarà possibile procedere alla ricerca)*:

- persona deceduta supposta contraente e assicurata:

Nome (*) _____ Cognome (*) _____

Luogo e data di nascita (*) _____

Codice Fiscale (*) _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

- relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e assicurata: _____
- motivazione della richiesta: _____
- periodo temporale sul quale effettuare la ricerca: _____
- recapito presso il quale inviare risposta alla richiesta *(se diverso da quello suindicato)*: _____

() I campi contrassegnati sono obbligatori*

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento del Richiedente;
- copia del documento di riconoscimento del Delegato / Amministratore di sostegno / Legale rappresentante, se ricorre il caso;
- delega firmata dal Richiedente, se ricorre il caso;
- decreto di nomina ad Amministratore di sostegno o Legale rappresentante del Richiedente, se ricorre il caso;
- consenso (del Richiedente e, se designato, del Delegato o dell'Amministratore di sostegno o del Legale rappresentante) per il trattamento dei dati personali, sull'acclusa informativa privacy.

Luogo e data _____, ___/___/____ Firma _____

MODULO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a, in qualità di richiedente di “ricerca di coperture assicurative vita”, di cui il presente modulo costituisce parte integrante,

delega

il/la Sig./Sig.ra _____

a presentare ad Unipolsai Assicurazioni S.p.A., per conto e nell'interesse del richiedente medesimo, formale e specifica richiesta di “ricerca di coperture assicurative vita” mediante l'apposito Modulo predisposto dalla Compagnia.

Luogo e data _____, __/__/____

Il Richiedente

Nome

Cognome

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 del Reg. UE 679/2016 - Regolamento generale per la protezione dei dati personali (di seguito "Regolamento"), La informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali forniti (comuni ed eventualmente anche appartenenti a categorie particolari⁽¹⁾), al solo fine di dar seguito alla richiesta di informazioni e fornire il servizio di individuazione dell'eventuale esistenza di coperture assicurative vita che possano riguardare il richiedente o che possano riguardare la persona assistita dall'amministratore di sostegno che presenta la richiesta di ricerca (ad esempio, assicurazioni vita di cui una persona deceduta sia contraente e assicurata e il richiedente sia beneficiario). Il Suo indirizzo di posta elettronica potrà essere eventualmente utilizzato per inviare le comunicazioni relative all'esecuzione del suddetto servizio (ad esempio, nel caso in cui la procedura di richiesta del servizio non sia stata da Lei portata a termine o sia stata interrotta, al fine di sollecitarne il completamento).

I suddetti dati saranno trattati con modalità e procedure - anche mediante l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie per l'esclusivo conseguimento della menzionata finalità. Tali dati possono essere conosciuti da nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I predetti dati non sono soggetti a diffusione, saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per i tempi previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) garantisce al richiedente ha diritto di accedere in ogni momento ai dati che lo 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 propria situazione particolare, alla portabilità dei dati da lui forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. oppure ai recapiti Fax: 051/7096507 - e-mail: privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. 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.

1) Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art 4 punto 1) del Regolamento dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online.

Consenso al trattamento dei dati personali

Letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari a me riferibili (e nel caso la richiesta sia formulata in qualità di amministratore di sostegno, dei dati appartenenti a categorie particolari riferibili alla persona da me assistita) necessari alla ricerca di coperture assicurative vita da me richiesta - da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., per le finalità e con le modalità nella stessa indicate.

Sono consapevole che UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in difetto di consenso, non potrà dar corso alle operazioni per le quali è richiesto, con le conseguenze che mi sono note.

Luogo e data _____, __/__/____

Il Richiedente

Nome

Cognome

Firma

Il Delegato / l'Amministratore di sostegno / il Legale rappresentante (se ricorre il caso)

Nome

Cognome

Firma
