

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO (GARANZIA MALATTIA GRAVE)

| PREMESSA |
|---|
| <p>Il presente modulo è formato da 3 sezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 |
| <p>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 alla compagnia di assicurazione, con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> via posta presso: Financial Insurance Company Limited (Ufficio Sinistri) – Via San Gregorio n. 34 – 20124 MILANO via fax al numero: 02/23331247 via e-mail all'indirizzo: italy.produzione@genworth.com <p><i>Avvertenza – In caso di documentazione particolarmente voluminosa si raccomanda l'utilizzo della posta</i></p> <p>Servizio Clienti Telefonico – È indicato nelle condizioni di assicurazione. Tutti i numeri sono attivi, dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 18:00 (giorni festivi esclusi)</p> <p>Reclami – reclamiLP@genworth.com / Financial Insurance Company Limited (Ufficio Reclami) – Via San Gregorio n. 34 - 20124 MILANO – fax 02/23331247</p> |
| AVVERTENZA |
| <p>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.</p> |
| AVVERTENZA |
| <p>Se il modulo non può essere compilato dall'assicurato o se l'assicurato, per qualsiasi motivo, vuole delegare un familiare o altro soggetto a denunciare il sinistro e/o ad ottenere anch'esso informazioni al riguardo dalla compagnia, dovrà essere compilata anche la apposita tabella (pagina 4 di 8) con i dati di tale soggetto (avente causa). La compagnia, per motivi di privacy e riservatezza, fornirà informazioni sullo stato del sinistro solo ed esclusivamente all'assicurato e all'eventuale soggetto avente causa indicato.</p> |

Financial Assurance Company Limited (FACL), con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), è registrata presso il Companies House al numero 4873014, e con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano, P. IVA e N. Iscr. Reg. Imprese Milano 04539300964 – R.E.A. n. 1756075. FACL è autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority, è vigilata dalla Financial Conduct Authority e Prudential Regulation Authority (n. 229586). FACL è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, appendice Elenco I, nr. I.00051.

Financial Insurance Company Limited (FICL), con sede legale in Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, Londra W4 5HR (Regno Unito), è registrata presso il Companies House al numero 1515187 e con Rappresentanza Generale per l'Italia in Via San Gregorio, 34 - 20124 Milano, P. IVA e N. Iscr. Reg. Imprese Milano 12084460158 – R.E.A. n. 1525067. FICL è autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority, è vigilata dalla Financial Conduct Authority e Prudential Regulation Authority (n. 202639). FICL è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, appendice Elenco I, nr. I.00018.

Avvertenza – L'indennizzo è dovuto e liquidato dalla compagnia che nel contratto di assicurazione ha prestato la garanzia per il caso di Malattia Grave, alternativamente da Financial Assurance Company Limited oppure Financial Insurance Company Limited.

Sezione I – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE/INVIO DEL MODULO

ED INFORMAZIONI SULLA GESTIONE DEL SINISTRO

1 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA LIQUIDAZIONE

IMPORTANTE: La preghiamo di inviarci TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo debitamente sottoscritto e compilato, potremo valutare la Sua richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del sinistro. Qualora ci occorressero ulteriori informazioni sarà nostra cura contattarLa e richiederLe gli opportuni chiarimenti e l'eventuale documentazione mancante.

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 e codice fiscale
- Dichiarazione/Modulo di Adesione alla Polizza o del Certificato di Polizza/Assicurazione
- questionario medico, compilato, firmato e timbrato dal medico di base dell'Assicurato (Avvertenza – tale questionario medico è predisposto dalla compagnia ed è all'interno del presente modulo di denuncia)
- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia
- eventuale Verbale rilasciato dal Pronto Soccorso o 118
- documentazione comprovante lo status lavorativo dell'Assicurato, aggiornata alla data del Sinistro, e cioè: libretto di pensione rilasciato dall'INPS (per i pensionati); apposito questionario predisposto dalla compagnia (per i non-lavoratori che non siano in pensione);

Inoltre, 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 compagnia di assicurazione si riserva di richiedere gli originali (o copie conformi) di ciascun documento, nonché eventuale ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria ai fini dell'accertamento del diritto al pagamento dell'indennizzo.

Avvertenza - Qualora necessario al fine di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela di cui al D.Lgs. n. 231/2007 (normativa antiriciclaggio/antiterrorismo), la compagnia richiederà altresì la compilazione e sottoscrizione del Modulo di Adeguata Verifica della Clientela, riservandosi anche in questo caso il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria ai fini del pieno assolvimento degli obblighi di adeguata verifica predetti. Tale ulteriore documentazione verrà sempre e comunque richiesta in caso di richiesta di liquidazione di prestazioni di ammontare pari o superiore a 15.000 Euro.

2 – COSA SUCCEDERÀ 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 che Le sarà trasmessa.
- **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, Le sarà comunicato il motivo del rifiuto

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

- direttamente all'Assicurato, 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

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

[illegible]

| DATI DELLA POLIZZA DI CUI SI DENUNCIA IL SINISTRO | |
|---|-----------------|
| Nome polizza | |
| Numero di polizza <i>(in caso di polizza collettiva indicare il numero di polizza collettiva; in caso di polizze individuali indicare il numero del certificato di polizza/assicurazione)</i> | |
| DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO/FINANZIAMENTO <i>(da compilare solo in caso di polizza abbinata a mutui/finanziamenti)</i> | |
| Banca/Finanziaria | |
| Filiale / Punto Vendita <i>(indicare via/comune/provincia/cap/telefono/fax)</i> | |
| Numero contratto | Importo erogato |
| Data erogazione | Data scadenza |

| INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA' LAVORATIVA DELL'ASSICURATO | |
|---|--|
| Status lavorativo alla data del sinistro | |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo/Professionista | <input type="checkbox"/> Ditta individuale <input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente Pubblico |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente Privato assunto con contratto a tempo INDETERMINATO | |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore Dipendente Privato assunto con contratto a tempo DETERMINATO | |
| <input type="checkbox"/> Pensionato | <input type="checkbox"/> Non Lavoratore <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) |

Avvertenza - Se il modulo non può essere compilato dall'Assicurato o se l'Assicurato, per qualsiasi motivo, vuole delegare un familiare o altro soggetto terzo a denunciare il sinistro e/o ad ottenere anch'esso informazioni al riguardo dalla compagnia si prega di compilare anche la seguente tabella con i dati di tale soggetto (avente causa). La compagnia, per motivi di privacy e riservatezza, fornirà informazioni sullo stato del sinistro solo ed esclusivamente all'assicurato e all'eventuale soggetto avente causa indicato.

| DATI DELL'AVENTE CAUSA DELL'ASSICURATO | |
|---|-------------------|
| Anagrafica e recapiti | |
| Nome | Cognome |
| Luogo di nascita | Data di nascita |
| Indirizzo di residenza <i>(indicare via/comune/provincia/cap)</i> | |
| Telefono | Codice Fiscale |
| Fax | E-mail |
| Parentela/Rapporto con l'assicurato <i>(indicare se moglie/marito/figli/padre/madre/fratello/sorella/convivente/etc.)</i> | |
| 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 |

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO E/O AVENTE CAUSA

Io sottoscritto Assicurato / Avente causa dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso di Malattia Grave in riferimento alla polizza sopra indicata
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici, gli istituti di curi e gli enti che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino l'Assicurato, nonché tutte le altre persone ed enti alle quali la società di assicurazione creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni relative al sinistro
- *(dichiarazione valida solo se viene indicato un Avente Causa dell'Assicurato)* – nella mia qualità di Assicurato delego il soggetto mio avente causa sopra indicato a gestire per mio conto la presente denuncia di sinistro con la compagnia; autorizzo la compagnia a fornire anche al tale soggetto (per iscritto o per telefono) ogni informazione e mio dato personale (anche sensibile) relativa al mio Sinistro
- dopo aver letto l'Informativa Privacy delle Società titolari del trattamento Financial Assurance Company Limited e Financial Insurance Company Limited redatta ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 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 dell'art. 7 del Codice Privacy, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **(barrare una casella)**

☐ **PRESTO IL CONSENSO** ☐ **NEGO IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali 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 dell'Assicurato _____

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma Avente Causa _____
(eventuale)

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

A) INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE

Nome e Cognome

Data di nascita.....

Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale

Da quanto tempo ha in cura il paziente?

B) INFORMAZIONI MEDICHE

Da quale Malattia Grave è affetto il paziente?

Quale è la data di diagnosi della Malattia Grave?/...../.....

Secondo la sua diagnosi, la Malattia Grave 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 paranoidei, 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:

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

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?

Quale è stata la causa della Malattia Grave?

Può stabilirsi un nesso di causalità tra la Malattia Grave e le precedenti condizioni patologiche del paziente? 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 patologie/trattamenti, il paziente 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

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa: Sì ☐ No ☐ Se sì, da quale data?/...../.....

Dichiarazione, firma e timbro del medico

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

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

Indirizzo dello studio :

TIMBRO DEL MEDICO

Telefono: Fax: e-mail:

Sezione III – Informativa Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice Privacy**"), le compagnie di assicurazione Financial Assurance Company Limited e Financial Insurance Company Limited, **Titolari del trattamento** (di seguito, ciascuno, la "**Società**"), informa ciascuna persona fisica (contraente, aderente, assicurato, beneficiario o loro aventi causa) (di seguito, ciascuno di tali soggetti definito come "**Interessato**") cui si riferiscono i dati personali circa l'utilizzo di tali dati, forniti in occasione della stipula e/o esecuzione del contratto di assicurazione e/o in sede di denuncia sinistro/liquidazione.

AVVERTENZA PRELIMINARE – La presente Informativa viene resa anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa, ai sensi del Provvedimento del Garante Per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

a) Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati / Origine e tipologia dei dati. Quanto alle **finalità** del trattamento cui sono destinati i dati personali, gli stessi sono trattati esclusivamente nell'ambito della normale attività assicurativa della Società secondo le seguenti finalità:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri a favore dei beneficiari / eredi;
- finalità di ridistribuzione del rischio mediante riassicurazione o coassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali;
- 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.

Per le finalità sopraindicate, le operazioni di trattamento consisteranno, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, nella raccolta, registrazione, organizzazione ed elaborazione, conservazione, comunicazione (cfr. punto d) e, qualora vengano meno i presupposti del trattamento, cancellazione e distruzione dei dati. La Società, inoltre, 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 alla Società (ai recapiti di cui al successivo punto d).

Quanto alle **modalità** del trattamento, i dati saranno trattati mediante supporti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie ad impedire l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione anche accidentale ed in generale il trattamento illecito dei dati, in conformità alle norme vigenti. In caso di offerta e collocamento a distanza mediante telefono del contratto di assicurazione, i dati personali possono essere oggetto di registrazione telefonica, previa autorizzazione dell'Interessato.

Quanto all'**origine** dei dati personali, i dati sono raccolti dalla Società direttamente da ciascun Interessato o da altri soggetti che forniscono alla Società i dati dell'Interessato (es.: da broker, agenti o altri intermediari assicurativi – e loro addetti all'attività di intermediazione - che raccolgono i dati dall'Interessato; da altri soggetti del rapporto assicurativo quali il contraente che fornisce i dati dell'Interessato assicurato o beneficiario; dai familiari o aventi causa dell'assicurato, in caso di impossibilità di quest'ultimo, in fase di denuncia e liquidazione del sinistro. Quanto alla **tipologia** dei dati personali, possono essere raccolti dati sia comuni (quali i dati che identificano direttamente l'interessato) che sensibili (quali i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale).

b) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai fini dell'esecuzione del contratto assicurativo, in quanto necessario alla Società per procedere alla stipula del contratto, alla sua gestione e all'eventuale liquidazione dei sinistri denunciati.

c) Conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento dei dati. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali, richiesti nel modulo di proposta/adesione ai contratti di assicurazione e/o nel modulo di denuncia sinistro ai fini della corretta esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto di assicurazione comporta per la Società l'impossibilità a procedere alla conclusione e/o esecuzione e/o liquidazione del contratto di assicurazione.

d) Soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e ambito di diffusione dei dati medesimi. Per le finalità e con le modalità descritte al precedente *sub a)*, i suoi dati personali possono essere comunicati dai Titolari a soggetti terzi, i quali agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati dalle Società (Titolari del trattamento) quali responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) che collaborano con la Società;
- professionisti, consulenti, studi o società dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela e non; attività di assistenza alla clientela e non (es.: *call center*, *help desk*); attività di offerta e

collocamento a distanza di contratti di assicurazione (*call center* esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di *back office* di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;

- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o comunque ai quali la Società è iscritta;
- società del gruppo delle imprese di assicurazione (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Ministero dello sviluppo economico-Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.

Inoltre, sempre per le finalità e con le modalità descritte al precedente *sub a)*, quali Responsabili o Incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e/o collaboratori della Società di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es. ufficio legale, ufficio sinistri, ufficio reclami), in conformità alle istruzioni ricevute. I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

e) Diritti dell'interessato di cui all'art. 7 Codice Privacy. La informiamo, infine, che l'art. 7 del Codice Privacy Le conferisce, in qualità di Interessato, l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'Interessato può ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- l'indicazione degli estremi identificativi dei titolari e dei responsabili del trattamento, nonché dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venirne a conoscenza;
- l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati, nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'attestazione che le operazioni di cui al punto precedente sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato, ai sensi dell'art. 7, ha altresì diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti:

Financial Assurance Company Limited / Financial Insurance Company Limited

Via San Gregorio n. 34, 20124 Milano

e-mail - privacyitalia@genworth.com - Fax - 02/23331247

La richiesta può essere trasmessa anche mediante lettera raccomandata, telefax o posta elettronica. Quando riguarda l'esercizio dei diritti di cui ai primi tre punti, la richiesta può essere formulata anche oralmente contattando la Società al numero telefonico 02/6737151 e chiedendo di essere messi in comunicazione con l'Ufficio Legale il quale, previa verifica dell'identità dell'interessato, fornirà le informazioni richieste.

f) Estremi identificativi dei Titolari e dei Responsabili.

I Titolari del trattamento sono Financial Insurance Company Limited e/o Financial Assurance Company Limited (a seconda della compagnia che presta la copertura assicurativa oggetto del contratto di assicurazione), Via San Gregorio n. 34, 20124 Milano.

Con riferimento all'attività di gestione e liquidazione dei sinistri, la Società ha nominato Responsabile del Trattamento l'*Operation Manager* (capo ufficio sinistri) *pro tempore* della propria sede di Milano.

L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti a cui i dati sono comunicati (soggetti esterni terzi, responsabili e incaricati) può essere richiesto scrivendo a privacyitalia@genworth.com.