

MODULO DI RICHIESTA APERTURA SINISTRO PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Medici di Assistenza Primaria – polizza n. 81301025

La denuncia dell'infornio, - con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato - corredata di referto del pronto soccorso o del medico che ha prestato il primo soccorso, deve essere fatta entro quindici (15) giorni dall'infornio o dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuta la possibilit  (art. B16 del Normativo di Polizza)

Ai sensi e per gli effetti del combinato disposto di cui agli articoli 19 e 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilit  e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilit , il sottoscritto dichiara:

DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, dott./dott.ssa

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia _____ il _____ cod. fisc. _____

residenza (piazza/via) _____ n  _____ C.A.P. _____

citt  _____ prov. _____

cellulare _____ telefono _____

e-mail _____ e-mail pec _____

Medico titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato/provisorio (cancellare la dizione che non interessa) convenzionato con il SSN

Asl _____ di _____

Dichiara che l'infornio   avvenuto:

In data: ____/____/____ alle ore _____ in (indicare luogo) _____

Riportare una descrizione chiara e circostanziata delle modalit  di accadimento dell'infornio con particolare riferimento alle cause che lo hanno prodotto e alle immediate conseguenze:

Al fine di consentire l'apertura della pratica per l'accertamento di invalidit  permanente da infornio, cos  come richiesto all'ART. B16 delle condizioni di polizza, il sottoscritto allega alla presente denuncia copia della seguente certificazione:

- 1) L'informativa Privacy allegata debitamente sottoscritta
- 2) Altro (cartelle cliniche, accertamenti sanitari, ecc.) specificare:

Attenzione! Non inviare i documenti in originale, poich  la documentazione non verr  restituita.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PER FINI ASSICURATIVI DELLE PERSONE FISICHE

(art. 13 D.Lgs. 196/2003 – Codice Privacy)

La informiamo che 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, 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 (2).

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 (3). 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 e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc.) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 di Generali Italia S.p.A.: *Privacy, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV – tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 – privacy.it@generali.com*.

Sul sito di Generali Italia S.p.A. 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 autorizzo il trattamento dei dati personali, sanitari e sensibili – da parte di Generali Italia S.p.A., 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) Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti e altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM e 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.
- 3) Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, 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.