

# **MODULO DI RICHIESTA TRASFERIMENTO DENUNCIA PER MORTE DA INFORTUNIO**

## **all'Ufficio competente di Generali Italia S.p.A.**

**Medici di Continuità Assistenziale – polizza n. 81302066**

**La denuncia dell'infortunio, - 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 dagli aventi diritto nell'immediatezza dell'evento - Art.1913 C.C. - che ha causato il decesso dell'Assicurato (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 responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, il sottoscritto dichiara:

### **DATI PERSONALI DELL'AVENTE DIRITTO (BENEFICIARIO)**

Il/La sottoscritto/a,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

residenza (piazza/via) \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ e-mail pec \_\_\_\_\_

Dichiara che l'infortunio è avvenuto:

In data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in (indicare luogo) \_\_\_\_\_

Riportare una descrizione chiara e circostanziata delle modalità di accadimento dell'infortunio con particolare riferimento alle cause che lo hanno prodotto:

---

---

---

---

---

---

---

---

### **MEDICO ASSICURATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

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

Asl \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**Al fine di consentire l'apertura della pratica per il caso di morte da infortunio, così come richiesto all'ART. B16 delle condizioni di polizza, il sottoscritto avente diritto (BENEFICIARIO) allega alla presente denuncia copia della seguente certificazione:**

- 1) L'informativa Privacy allegata debitamente sottoscritta
- 2) Referto del pronto soccorso o del medico che ha prestato il primo soccorso e/o certificazione ospedaliera
- 3) Certificato di morte dell'Assicurato

Allega alla presente o farà pervenire in seguito la seguente documentazione (barrare l'eventuale seguente documentazione allegata):

Atti penali e/o Verbale autorità intervenute

Esame autoptico o in mancanza verbale di ricognizione del corpo e scheda ISTAT di cause di morte

Atto notorio o Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con indicazione degli eredi legittimi o testamentari e rispettivi documenti di identità e codici fiscali

**In caso di incidente stradale**, occorrerà la seguente ulteriore documentazione:

Verbale delle Autorità intervenute

Copia integrale della patente di guida dalla quale risulti la validità del documento;

Dichiarazioni testimoniali o nominativi di persone presenti al fatto;

Esito degli esami alcolimetrici e/o tossicologici eventualmente sostenuti

N.B. : è facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione utile ad inquadrare il danno.

**Attenzione! Non inviare i documenti in originale, poiché la documentazione non verrà 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 Marocchesa 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 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.
- 3) Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignorari, vincolari; 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.