

CASO INFORTUNIO:Indicare data e luogo dell'infortunio: Data: Luogo _____Descrizione dell'infortunio che ha provocato l'inabilità: _____

_____Genere delle lesioni e dell'impedimento fisico: _____

Indicare l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, ect.) e relativo indirizzo:

Autorità _____

Indirizzo _____

DA COMPILARE IN TUTTI I CASI:Quando ha consultato il medico per la prima volta a causa di questa malattia / infortunio? Data: Si è mai reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI NO

Se SI, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura _____ Luogo _____ Data:

Intervento _____

Indicare la durata prevista dell'inabilità temporanea totale: dal al Indicare eventuali prestazioni già liquidate: _____

_____**L'Assicurato / denunciante**Data: Firma: _____

Nome e Cognome (leggibili): _____

Indirizzo e telefono: _____

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al presente modulo di denuncia, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di Alico Italia S.p.A. dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data _____ Firma dell'Assicurato/Denunciante _____

Indicare il genere dei trattamenti effettuati: _____

Indicare il genere delle lesioni subite e/o dell'impedimento fisico derivato: _____

Indicare la prima volta in cui è stato consultato un medico per questa malattia / infortunio: _____ Data:

Si è reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI NO

Se SI, precisare la struttura ospedaliera, luogo, periodo del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura : _____ Luogo: _____

Periodo del ricovero: _____ Data di entrata: Data di dimissione:

Intervento _____

Indicare la durata prevista dell'inabilità temporanea totale: dal al

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? _____

Il medico Data

Firma _____

Domicilio: _____

Timbro

Telefono: _____

DA RESTITUIRE FIRMATOPolizza/Proposta n. _____
Sinistro n. _____**Informativa per il trattamento dei dati personali**

(art. 13 D.lgs 196/2003)

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che Le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito www.alicoitalia.com, La informiamo che i dati personali, anche sensibili^[1], da Lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria saranno utilizzati dalla Nostra società, Alico Italia S.p.A. (titolare del trattamento), al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

Tali dati saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, solo dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Nostra Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.

Alcuni Suoi dati personali potranno essere comunicati a: società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A.[2] qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla gestione delle liquidazioni dei sinistri, nonché a società di fiducia che svolgono per Nostro conto attività di gestione e liquidazione dei sinistri, e che li utilizzeranno in qualità di responsabili del trattamento[3], nonché ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto[4]. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.alicoitalia.com.

Alico Italia S.p.A.

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al presente modulo di denuncia, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di Alico Italia S.p.A. dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data _____

Firma dell'Assicurato/Denunciante _____

[1] Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute, nonché la vita sessuale, 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 (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

[2] Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo Alico cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.

[3] In particolare i dati personali potranno essere comunicati a: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

[4] ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni.

