

**MODULO DENUNCIA SINISTRO - CASO PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA (MD-PII)**  
 (compilazione a cura dell'Assicurato)

**DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per l'apertura della pratica)**

Società con cui è stato sottoscritto il contratto di mutuo, finanziamento o carta: \_\_\_\_\_  
 CONVENZIONE N° CL/ /                         CONTRATTO ASSICURATO N° \_\_\_\_\_

**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_  
 LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):        
 SESSO:    M                       F                       COD. FISC.:                  
 INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP:        
 COMUNE: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

Professione svolta dall'Assicurato al verificarsi della perdita d'impiego: \_\_\_\_\_

Impresa / ditta (ragione / denominazione sociale): \_\_\_\_\_

Indirizzo impresa / ditta: \_\_\_\_\_

Indicare la condizione lavorativa:

- a) lavoratore autonomo
- b) lavoratore dipendente settore privato
- c) lavoratore dipendente settore pubblico

Indicare la tipologia del contratto di lavoro:

- a) contratto a tempo determinato
- b) contratto a tempo indeterminato
- c) altro \_\_\_\_\_

Se è in cassa integrazione, indicare di che tipo e da quando:

ordinaria                       straordinaria                       edilizia                       Data di inizio:

Indicare se esistono rapporti di parentela con il datore di lavoro:    SI                       NO

Se SI, indicare di che tipo e con chi  
 \_\_\_\_\_

Data di assunzione:                            **Data di licenziamento:**

**L'Assicurato / denunciante**

Data:                            Firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (leggibili): \_\_\_\_\_

Indirizzo e telefono: \_\_\_\_\_

**Allegare al presente modulo la seguente documentazione:**

- lettera di licenziamento in originale o in copia conforme;
- eventuale lettera di assunzione;
- certificato di iscrizione alle liste di mobilità o all'Ufficio di collocamento;
- ultime due buste paga;
- eventuale domanda all'INPS;
- certificazione attestante il percepimento di sussidio alla disoccupazione.

**DA RESTITUIRE FIRMATO**

Polizza/Proposta n. \_\_\_\_\_

Sinistro n. \_\_\_\_\_

**Informativa per il trattamento dei dati personali**

(art. 13 d.lgs. n. 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](http://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](http://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.



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale € 22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.) - società appartenente al gruppo MetLife Inc.. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96.



Chartis Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 - Milano Tel.: 023690.1, Fax 023690.222, [www.chartisinsurance.com](http://www.chartisinsurance.com) Registro Imprese Milano n. 1 48083/2000 - REA Milano n. 1332602 - C. F. 08607540583 - P.I. 13126280158. Sede Secondaria della Chertis Europe S.A. - Tour Chartis - Paris La Défense - 34 Place des Corolles - 92400 Courbevoie - France - Capitale Sociale Euro 45.024.550.