

**MODULO DENUNCIA - CASO INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (MD-IPT)**  
(compilazione a cura del denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato)

**DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per poter aprire la 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: \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE LAVORATIVA: (barrare la casella)**

- Lavoratore dipendente settore privato       Lavoratore autonomo       Altro \_\_\_\_\_  
 Lavoratore dipendente settore pubblico       Non Lavoratore (Disoccupato, Studente, Casalinga, Pensionato ecc.)

Nel caso di lavoratore, indicare la professione svolta dall'Assicurato al verificarsi dell'invalidità: \_\_\_\_\_

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

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

Indichi se l'Invalidità è dovuta a:      Malattia       Infortunio

**CASO MALATTIA:**

Natura della malattia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data di constatazione medica della malattia (giorno/mese/anno): [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Data di inizio dell'interruzione del lavoro (giorno/mese/anno): [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Manifestazione della malattia e genere dei disturbi sofferti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi da quando soffre di questi disturbi (mese/anno): [ ][ ][ ][ ]

Ha già sofferto, in passato, della stessa malattia?      SÌ       NO       Se sì, da quando (mese/anno)? [ ][ ][ ][ ]

**CASO INFORTUNIO:**Indichi data e luogo dell'infortunio:                      Data:                       Luogo \_\_\_\_\_Descrizione dell'infortunio che ha provocato l'Invalidità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Genere delle lesioni e dell'impedimento fisico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi 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 \_\_\_\_\_

Indichi la data di inizio dell'invalidità permanente totale:                      dal L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani?                      SI                       NO Percepisce una pensione di Invalidità?                      SI                       NO 

Se SI, indicare l'Ente che la eroga: \_\_\_\_\_

Indichi eventuali prestazioni già liquidate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Il denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato**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 \_\_\_\_\_

**Allegare al presente modulo:****Il giustificativo del riconoscimento dello stato di invalidità da parte dell'Ente erogatore in copia conforme all'originale.**



Indichi il genere dei trattamenti effettuati: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi il genere delle lesioni subite e/o dell'impedimento fisico derivatone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi 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 \_\_\_\_\_

Indichi la data di inizio dell'Invalidità Permanente Totale: \_\_\_\_\_ dal

L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani? SI  NO

L'Assicurato percepisce una pensione di Invalidità: SI  NO

Se SI, indichi l'Ente che la eroga: \_\_\_\_\_

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il medico** Data:

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Timbro

Telefono: \_\_\_\_\_

**DA RESTITUIRE FIRMATO**

Polizza/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](http://www.alicoitalia.com), La informiamo che i dati personali, anche sensibili<sup>[1]</sup>, 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.

