

MODULO DENUNCIA SINISTRO - CASO MALATTIA GRAVE (MD-MG)

(compilazione a cura del denunciante - Assicurato o erede 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: _____

Data della prima diagnosi della malattia grave:

Indicare se la malattia grave è: Cancro Ictus Infarto Insufficienza renale cronica

Intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronarica Trapianto dei principali organi

Altro (indicare la malattia grave): _____

Circostanze della malattia grave (descrizione delle cause che l'hanno provocata e delle sue immediate conseguenze):

Indicare la data di inizio di una eventuale interruzione del lavoro anteriore alla malattia grave: Data:

In caso di ricovero ospedaliero, prima della malattia grave, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura _____ Luogo _____ Data:

Intervento _____

Indicare nome, cognome ed indirizzo del medico che aveva in cura l'Assicurato prima della diagnosi della malattia grave:

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Il denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato

Data: Firma: _____

Nome e Cognome (leggibili): _____

Indirizzo e telefono: _____

Allegare al presente modulo:

- cartella clinica in copia conforme all'originale.

In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data si deve presumibilmente riportare l'inizio della malattia?

Data di inizio presunta (mese/anno):

--	--	--	--

Data della prima diagnosi della malattia (giorno/mese/anno):

--	--	--	--	--	--

La diagnosi della malattia fu confermata da altri medici?

SI NO

Se SI indicare nome, cognome ed indirizzo dei medici e periodo in cui furono consultati: _____

Indichi se il paziente è stato sottoposto a terapie o controlli medici a casa o in ospedale: _____

Esistevano condizioni patologiche preesistenti alla malattia grave?

SI NO

Se SI, specificare quali: _____

Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia grave e le precedenti?

SI NO

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?

SI NO

Ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la malattia grave?

SI NO

La malattia grave ha comportato una interruzione del lavoro?

SI NO

Se SI, indichi se si tratta di:

{ Invalidità permanente:
Inabilità temporanea:

Totale
Totale

Parziale

--	--

%
Parziale

--	--

%

Indicare la data di inizio dell'Invalidità/Inabilità:

--	--	--	--	--	--

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? _____

Il medico

Data:

--	--	--	--	--	--

Firma _____

Domicilio _____

Timbro _____

Telefono _____

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, 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.

