



DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI

IMPORTANTE

Si raccomanda di compilare un modulo di denuncia per ogni Assicurato e per ciascun infortunio
Ogni fattura deve essere inviata in originale e copia fotostatica

Inserire in busta chiusa con allegata l'apposita documentazione specificando sul retro
"DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI"

AGENZIA GENERALE CAMPOBASSO		POLIZZA N. 022 00191489
CONTRAENTE		
Cognome Nome UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE		
Indirizzo		
Comune	C.A.P.	Provincia

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ASSICURATO (SOGETTO INFORTUNATO)

ASSICURATO		
Cognome Nome		
Data e luogo di nascita		
Indirizzo		
Comune	C.A.P.	Provincia
Recapito telefonico	cellulare	
Professione		
Rapporto con il contraente	<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Altro
Infortuni precedenti con postumi (fratture, ferite, cicatrici, mutilazioni)		
Data	Firma dell'Assicurato (o avente diritto)	

MODALITÀ DI RIMBORSO

Rimborso a mezzo bonifico bancario sul c/c n.							
intestato a							
in essere presso							
filiale di							
	Paese	Cin EU	Cin IT	ABI	CAB	Numero di conto	
IBAN							

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Data, ora e luogo in cui è avvenuto l'infortunio:

Attività cui stava attendendo l'Assicurato al momento dell'infortunio:

Medico o Istituto di Cura (data) che ha prestato le prime cure:

Descrizione chiara e circostanziata delle modalità, delle cause e delle immediate conseguenze dell'infortunio:

E' facoltà dell'Assicurato indicare nome, cognome ed indirizzo di eventuali testimoni dell'infortunio:

ANNOTAZIONI

ATTENZIONE:

ALLEGARE LA CERTIFICAZIONE MEDICA COMPLETA IN ORIGINALE ED IN COPIA FOTOSTATICA RELATIVA ALL'INFORTUNIO DENUNCIATO

....., li.....

Firma del Contraente/Assicurato

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la Società INA ASSITALIA S.p.A. e l'Agenzia Generale presso la quale è stato stipulato il contratto tratteranno, in qualità di titolari, i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine o per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

Titolari del trattamento sono la Società INA ASSITALIA S.p.A. e l'Agenzia Generale che si avvalgono di Responsabili; Responsabili del trattamento sono:

- > per INA ASSITALIA S.p.A - Servizio Privacy di Gruppo, c/o Assicurazioni Generali, Piazza Venezia, n. 11, 00187 ROMA, tel. 06/4722.4865 fax 041.2593999, designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, al quale si potrà, inoltre, richiedere l'elenco completo ed aggiornato dei Responsabili, disponibile anche nel sito www.inaassitalia.it, ed ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati.
- > per l'Agenzia Generale di....., con sede in
Via.....
n....., il
.....
domiciliato in.....
Via.....
n.....

sulla base di quanto sopra, apponendo la sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, effettuato dalla società, alla loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

L'Assicurato_____