

ALLEGATO mod. IDS2 a polizza n° 361071939 (Agenzia MESSINA)**Modulo di denuncia di sinistro (da utilizzare per garanzie Infortuni o Malattie)***

* eventuali garanzie di Assistenza, se operanti, non necessitano del presente modulo per l'attivazione

PREMESSO CHE PER DARE ESECUZIONE AL CONTRATTO SUINDICATO LA SOCIETÀ DEVE TRATTARE DATI PERSONALI, COMUNI E SENSIBILI, PER CONSENTIRE ALLA STESSA - AI SENSI DEL CODICE PRIVACY - DI LIQUIDARE I SINISTRI, LA DENUNCIA DEGLI STESSI DEVE ESSERE FATTA UTILIZZANDO ESCLUSIVAMENTE IL PRESENTE MODULO POICHÉ IN ESSO È RIPORTATA L'INFORMATIVA DOVUTA AI SENSI DEL CODICE PRIVACY E L'INTERESSATO PUÒ ESPRIMERE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (APPONENDO ANCHE LA 2° FIRMA IN FONDO AL PRESENTE MODULO).

LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA IN BUSTA CHIUSA ALL'AGENZIA INDICATA IN POLIZZA. SE INVIATA PER POSTA SPECIFICARE CHE SI TRATTA DI "DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI-MALATTIE".

CONTRAENTE: SIMPe - SOCIETA' ITALIANA MEDICI PEDIATRIDomicilio (via, n. civico) VIA PROPERZIO 6 C.A.P. 00193 Comune ROMA

ASSICURATO (indicare il soggetto cui si riferisce la richiesta di indennizzo, anche se coincide con il Contraente):

Cognome e Nome _____ Categoria professionale _____

Retribuzione annua lorda (obbligatoria per assicurazione prestata sulle retribuzioni) _____

Società di appartenenza SIMPe - SOCIETA' ITALIANA MEDICI PEDIATRI

BENEFICIARIO (in caso di morte dell'Assicurato, indicare il soggetto che richiede l'indennizzo):

Cognome e Nome _____ Rapporto con l'Assicurato _____

Barrare le caselle corrispondenti alle garanzie di cui si chiede l'attivazione: **INFORTUNIO** - Tipo di sinistro: morte, invalidità, altro (specificare) _____ **MALATTIA** - Tipo di sinistro: invalidità, ricovero ospedaliero, altro (specificare) _____**DICHIARAZIONI (le 1, 2, 3 e 4 sono obbligatorie solo in caso di Infortunio; le 5 e 6 sempre)**1) *Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto*2) *Narrazione del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze*3) *Nome ed indirizzo delle persone che furono testimoni dell'infortunio*4) *Precedenti infortuni subiti dall'Assicurato? Se SI, quali e quando?* NO SI 5) *Altre assicurazioni in corso per gli stessi rischi? Se SI, con quale Compagnia?* NO SI 6) *Si allega documentazione? Se SI, quale (certificati medici ecc.)?* NO SI

_____, li _____ 1° firma dell'Assicurato (o del Beneficiario) _____

Recapito telefonico e domicilio dell'Assicurato (o del Beneficiario)

N. tel. casa _____ N. tel. ufficio _____ N. tel. cellulare _____

Domicilio (via, n. civico) _____ C.A.P. _____ Comune _____

Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi delle persone fisiche (art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice Privacy)

La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge - non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 della Società: Privacy, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - privacy.it@generali.com.

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

Luogo e Data

Nome e cognome (leggibile)

Firma