



SportelloAssicurazioni

**CONVENZIONE
ASSICURATIVA
2017**



Divisione

17V1

modulo di **DENUNCIA INFORTUNIO DEL TESSERATO** (compilare in stampatello)

A cura di SportelloAssicurazioni	Ricevuto il		N. pratica	
----------------------------------	-------------	--	------------	--

DATI DELL'INFORTUNATO

COGNOME		NOME	
Paternità/Maternità (in caso di minore)			
Nato/a a (Comune,Prov.)		Il (GG/MM/AA)	
RESIDENZA (Comune, Provincia, CAP)		INDIRIZZO	
Codice Fiscale		Tel./Cell.	
Attività/Disciplina		Casella e-mail	
Tessera ENCI n.ro		Rilasciata il (GG/MM/AA)	
Rilasciata dal Socio collettivo			
Professione			

ESTREMI INFORTUNIO

Data (GG/MM/AA)		ATTIVITÀ SVOLTA (es. gara/allenamento)	
LUOGO (Comune, Provincia, indirizzo)			
DESCRIZIONE DEL FATTO (cause e modalità)			
DESCRIZIONE DELLA LESIONE			
AUTORITÀ INTERVENUTE E TESTIMONI			
Infortunati precedenti			
Lesioni o invalidità preesistenti (se sì, descrizione)			

Sono informato che viene definito INFORTUNIO quell'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Sono altresì informato che il diritto al risarcimento del danno si prescrive in 24 mesi e che è quindi mio interesse mantenere in vita la pratica, qualora questa non venga definita con la proposta di risarcimento entro tale termine, inviando preventivamente alla Compagnia di Assicurazioni una lettera raccomandata con l'esplicita richiesta dell'interruzione dei termini di prescrizione (art. 2952 del C.C.) e intendendo con questo la prosecuzione dell'infortunio per un ulteriore biennio.

Presenza di altra analoga copertura assicurativa	SI	NO
Dichiaro di aver fornito indicazioni complete e veritiere e le confermo		
LUOGO, DATA		FIRMA dichiarante infortunato

A CURA DI PERSONA REFERENTE DEL SOCIO COLLETTIVO DI APPARTENENZA O DELLA MANIFESTAZIONE (1)

COGNOME		NOME	
QUALIFICA			
Denominazione del Socio Collettivo o della Manifestazione			
TEL./FAX		Casella e-mail	

Sotto la mia personale responsabilità confermo quanto qui dichiarato			
LUOGO, DATA		FIRMA referente	
Allegati: - copia tessera ENCI - copia documento "data certa" (se disponibile) - documentazione sanitaria già disponibile		Timbro	

(1) campo non obbligatorio

**PRIVACY (D.LGS. 196/2003) INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI**

Contraente: **E.N.C.I. Ente Nazionale Cinofilia Italiana**

Socio Collettivo: _____

Via: _____ C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

Polizza Infortuni **UNIPOLSAI – Divisione SAI n.ro 761213298.**

Dati dell'Assicurato:

Cognome	Nome	Data Sinistro
---------	------	---------------

Secondo quanto previsto dal D.LGS. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto a trattamento di dati personali, l'Agenzia 883 di UnipolSai Divisione SAI per tramite del servizio dedicato ENCI-SportelloAssicurazioni e per conto di UnipolSai Divisione SAI, in qualità di Titolari del trattamento dei dati, intende informarLa/Vi in merito ai punti della norma sotto indicati intesi a salvaguardare la riservatezza delle informazioni riferite sia a persone fisiche che a persone giuridiche.

1. Fonte e natura dei dati personali - La nostra Società, per fornire i servizi da Lei/Voi richiesti o in suo favore previsti, (ad esempio stipula di contratti assicurativi o gestione sinistri), deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il D.LGS. 196/2003 definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, opinione religiose, adesione a sindacati, partiti politici, o a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. Finalità del trattamento dei dati - I suoi dati personali sono trattati per finalità assicurative, per l'esercizio dei Suoi/Vostri diritti, in relazione alle seguenti finalità: a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile); b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; c) di informazione e promozione commerciale, indagini sulla qualità del servizio prestato, soddisfazione del cliente, di cui al successivo punto 4 lett. C, strumentali al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla nostra Società.

3. Modalità del trattamento dati - In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantire la sicurezza e riservatezza.

4. Comunicazione a terzi dei Suoi/Vostri dati personali - Per le attività svolte dall'Agenzia 883 di UnipolSai Divisione SAI per conto di UnipolSai Divisione SAI, può essere necessario comunicare i suoi dati a soggetti terzi più precisamente:

A: Comunicazioni obbligatorie: comunicazioni che la società è tenuta a fare in base a: Leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza (ad esempio IVASS, INPS, UCI, ANIA, Forze dell'Ordine).

B. Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia, le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, come ad esempio: Società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione; legali, periti, società di servizi cui siano affidati la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione, di informazione commerciale per rischi finanziari, di servizi per il controllo delle frodi, di recupero crediti, di servizi postali.

C. Comunicazioni strumentali all'attività della nostra società: comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestato, attraverso indagini sulla soddisfazione del Cliente, con necessità di comunicare i suoi dati a Società a noi collegate e altri soggetti che possono offrire servizi di qualità alla nostra clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati come titolari autonomi del trattamento.

5. Diritti di cui all'Art. 7 D.LGS 196/2003 (diritti dell'interessato) Lei/Voi avete diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi/Vostri dati presso di noi e come vengono utilizzati; avete inoltre diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, e di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio di quanto sopra specificato potrete rivolgervi: UnipolSai Divisione SAI Ag.883 – via Accademia 46 – Mantova 46100 Ufficio ENCI SportelloAssicurazioni al seguente numero telefonico: 0376328918; oppure direttamente presso la direzione generale di UnipolSai Divisione SAI – via Stalingrado 45 – 40128 Bologna. Il servizio è a completa disposizione per eventuali chiarimenti sul testo dell'informativa o sulla legge medesima, sulla modalità del trattamento dei dati o su qualunque altra informazione ritenuta necessaria. Per ragioni di opportunità non tutti i destinatari della comunicazione possono essere espliciti per esteso o aggiornati frequentemente sullo stampato; pertanto, il servizio indicato in informativa è a disposizione nel fornire dettagli o risposte di chiarimento in merito, nonché l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento.

Sulla base di quanto sopra, Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili, e per la comunicazione alle categorie di soggetti indicati nelle lettere: A e B del punto 4. (Comunicazione a terzi dei suoi dati personali) in relazione alle finalità di cui al punto 2 (Finalità del trattamento dei dati) lettere a) - b) dell'informativa stessa, apponendo la firma in calce.

L'EVENTUALE RIFIUTO DA PARTE DELL'INTERESSATO DI CONFERIRE I DATI PERSONALI NEI CASI SOPRA PREVISTI DAI PUNTI A – B, COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ NEL GESTIRE E LIQUIDARE I SINISTRI.

- ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Luogo e data _____

FIRMA DELL'INFORTUNATO ASSICURATO

Le chiediamo, inoltre, di esprimere il consenso per la comunicazione e/o diffusione dei Suoi dati personali, alle categorie di soggetti indicati alla lettera C. del punto 4, per le finalità di cui alla lettera C) del punto 2., apponendo la firma in calce. Tale consenso è facoltativo e non impedisce la prosecuzione del rapporto contrattuale e la fornitura dei servizi di cui sopra.

- ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Luogo e data _____

FIRMA DELL'INFORTUNATO ASSICURATO

(in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)

Gestione del sinistro ON-LINE – comunicazione dei dati da parte dell'Assicurato

Gentile Assicurato, al fine di semplificare la procedura per la trattazione e la liquidazione dei danni, il nostro sistema di gestione prevede di interagire direttamente con l'Assicurato via posta elettronica. Per poter beneficiare di questo servizio, Le chiediamo di indicare chiaramente e in stampatello, nella casella sottostante, il suo indirizzo di posta elettronica.

@