

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO

Da compilarsi per ciascun periodo di ricovero o di day hospital o per ciascun intervento chirurgico ambulatoriale

PRIVACY

In ottemperanza al Decreto Legislativo n°196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) Le rendiamo noto che i Suoi dati personali presenti nella scheda saranno trattati da Unipol Assicurazioni S.p.A. ed Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. nella loro veste di contitolari del trattamento per finalità assicurative/liquidative e saranno utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie per provvedere alla trattazione ed alla liquidazione del sinistro, secondo quanto dettagliatamente indicato nell'informativa privacy riportata sul sito www.unipol.it. Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto, ai sensi dell'art. 7-10 del D.Lgs.196/2003, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di richiederne il blocco o di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento, rivolgendosi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso il titolare del trattamento Unipol Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado n°45 – Bologna - fax 051/5076633 – e-mail: privacy@unipolassicurazioni.it, Polizze FIN: n. 10302/77/80016470; n. 10302/80/80016769; n. 10302/65/80016780

Sulla base di quanto sopra, Le chiediamo di esprimere il consenso al trattamento dei dati apponendo la **Sua firma nel rigo seguente.**

FIRMA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI⇒

(Senza il suddetto consenso saremmo impossibilitati a dare seguito alla richiesta di indennizzo)

ASSICURATO:

Cognome		Nome	
Indirizzo			
Cap		Città e provincia	
Codice Fiscale		Telefono	
Cellulare		Fax	

DATI BANCARI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO (scrivere in stampatello):

Codice IBAN _____, Banca _____

Intestato a _____

NB: in mancanza dei dati bancari il sinistro verrà liquidato con assegno bancario non trasferibile.

TIPO DI SINISTRO VERIFICATOSI (barrare e compilare il caso che ricorre):

Ricovero presso la seguente struttura: _____

documentazione da allegare: copia integrale della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

Day hospital presso la seguente struttura: _____

Intervento chirurgico ambulatoriale o pronto soccorso presso la seguente struttura: _____

Prestazione extraospedaliera

Prestazione domiciliare o ambulatoriale

Acquisto apparecchi protesici o terapeutici

Altro

Si ricorda che occorre allegare, laddove esistente, copia integrale della cartella clinica o documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura, che attesti i giorni nei quali è avvenuto il ricovero, i motivi, le prestazioni sanitarie erogate.

Periodo di degenza dal _____ al _____

Data _____

Firma _____

Spazio riservato all'Unipol

Denuncia ricevuta il	
Numero sinistro	Inviato a CLG il

Dati Anagrafici dell'Infortunato

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data di nascita	Codice Fiscale		
Indirizzo mail			
Disciplina praticata			
Tipo tessera		Numero Tessera	
Data rilascio tessera	Società di appartenenza		

Dati anagrafici di entrambi i genitori (in caso di minore infortunato)

Padre

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data di nascita	Codice Fiscale		

Madre

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune			Prov.
C.A.P.	Telefono		
Data di nascita	Codice Fiscale		

Modulo Denuncia Infortunio

Estremi dell'infortunio

Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio
Luogo dell'infortunio	
Comune	Prov.
Descrizione circostanziata della dinamica dell'infortunio	

Eventuali testimoni dell'infortunio

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Conseguenze dell'infortunio

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio

Modulo Denuncia Infortunio

Esiste un certificato medico?:

 SI NO

Numero di giorni di prognosi:

L'infortunato è stato ricoverato?:

 SI NO

Numero giorni di ricovero:

Sono state sostenute Spese Mediche?:

 SI NO

Importo Spese Mediche sostenute

Dati della Società affiliata

Società	
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono
Data affiliazione	Numero affiliazione

Luogo/ Data della denuncia

Firma