029261512102926151

Compilare e inviare esclusivamente a: sinistrifin@assieurconsulting.it

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

Consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurative/liquidative

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali apposta in calce al presente modulo (USA_Info_Sini_01) e delle finalità ivi indicate disponibile al link https://www.federnuoto.it/home/federazione/assicurazione.html; al riguardo, acconsento al trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, nonché liquidativa dei sinistri, effettuato da **Unipol Assicurazioni S.p.A.** e dagli altri soggetti, interni ed esterni al Gruppo, coinvolti in tale attività, come indicato nell'informativa.

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

FIRMA ⇨ ………………………………………………………..………………...

(Senza il suddetto consenso Unipol Assicurazioni S.p.A. non potrà dare seguito alla richiesta di indennizzo)

L'interessato è reso edotto che la sola prima pagina del presente modulo sarà acquisita dalla FIN – per il tramite della Compagnia assicurativa – per finalità amministrative interne, come da "informativa privacy polizza Multirischi FIN" disponibile al predetto link

ASSICURATO:

Cognome		**Nome**	
Indirizzo			
Cap		**Città e provincia**	
Codice Fiscale		**Telefono**	
Indirizzo mail			

Tipo tessera	Disciplina praticata
Numero tessera	Data rilascio tessera

Denominazione Società Affiliata		
Indirizzo - Comune		Telefono
Luogo e Data	**Timbro e firma della Società**	Data affiliazione e Numero

Estremi dell'infortunio

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

Conseguenze dell'infortunio

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio (referto) …………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………

Eventuali testimoni dell'infortunio

Nome	Cognome
Indirizzo	Telefono

Nome	Cognome
Indirizzo	Telefono

L'infortunio ha comportato:

☐ ricorso al Pronto Soccorso dell'Ospedale ………..……………………………

☐ ricovero presso l'Ospedale ………………………………. dal …../…../…….. al …../…../……..

☐ immobilizzazione dal …../…../…….. al …../…../……..

☐ spese mediche per euro ☐

☐ eventuali note ………………………………………………………………………………………...………...

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

Codice IBAN ____

Intestato a ____

In caso di infortunata/o minorenne, per l'eventuale indennizzo i genitori devono compilare il campo sottostante, allegando copia del documento e del codice fiscale:

"in merito al presente infortunio, noi sottoscritti ………………………………………………………… e ....manleviamo la Compagnia solvente da eventuali contestazioni in ordine al reimpiego delle somme eventualmente riconosciute e autorizziamo il pagamento delle stesse sul conto corrente sopra riportato."

Firma dei genitori

________________________________ ______________________________

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

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

Padre

Cognome	Nome	
Indirizzo		N.° Civico
Comune e Provincia		C.A.P.
Telefono	Codice Fiscale	

Madre

Cognome	Nome	
Indirizzo		N.° Civico
Comune e Provincia		C.A.P.
Telefono	Codice Fiscale	

Luogo/ Data della denuncia **Firma**

_____________________________________ __________________________________