

Compilare e inviare solo tramite raccomandata A/R a: **FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO  
SEGRETERIA GENERALE / ASSICURAZIONI  
STADIO OLIMPICO – CURVA NORD  
00135 ROMA**

## MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO

### 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](http://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'artt. 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@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it)

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:

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<b>Cap</b>		<b>Città e provincia</b>	
<b>Codice Fiscale</b>		<b>Telefono</b>	
<b>Indirizzo mail</b>			

Tipo tessera	Disciplina praticata
Numero tessera	Data rilascio tessera

### Dati della Società affiliata

Società	
Indirizzo	C.A.P.
Comune	Telefono
Data affiliazione	Numero affiliazione

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_