

DENUNCIA INFORTUNIO
CONVENZIONE INFORTUNI TESSERATI F.I.B.S. anno 2018

Dati Anagrafici Dell'infornato

Assicurato nato a il
residente a Via/Piazza
telefono n. cellulare n. mail.....
Tessera F.I.B.S. n.:..... Atleta/Dirigente/Tecnico Atleta di interesse Nazionale

Modalità accadimento infortunio (data, luogo, ora e descrizione dei fatti):

.....
.....
.....

Allegare: *copia del primo Pronto Soccorso e/o primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi e copia della tessera F.I.B.S..

Prendo atto che in caso di necessità La Compagnia Reale Mutua potrà richiedere ulteriore documentazione.

Data della denuncia Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci

Da compilarsi a cura della Società Sportiva affiliata F.I.B.S

FEDERAZIONE/SOCIETA': **ATTIVITA' PRATICATA:**

Indirizzo

telefono n. cellulare n. mail.....

Data Timbro e firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE 675

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n.675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali e sensibili che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

1 – FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI: il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2 – COMUNICAZIONE DEI DATI: i dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per Legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario, centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione).

3 – DIRITTI DELL'INTERESSATO: l'art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi degli artt. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31/12/1996, n. 675, acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, funzionale alla gestione e alla definizione del sinistro denunciato con il presente modulo.

Nome e Cognome dell'interessato (stampatello)

Firma (leggibile)

* non equivale al "Primo Soccorso" il semplice certificato medico rilasciato dal medico di base o dallo specialista;

IL MODULO COMPILATO E SOTTOSCRITTO IN TUTTE LE SUE PARTI DEVE ESSERE SPEDITO ALL'INDIRIZZO SOPRA INDICATO

Copia per la "We Brokers Srl"