

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA DI INFORTUNIO-LESIONE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

Ufficio sinistri Federitalia - Via delle Province n. 116, 00162 - Roma
FAX: 06.94537668 - Tel. 06.64220350 – e.mail : info@federitalia.it

ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE :

- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL' D Lgs 196/2003 PER LA SOCIETA' ASSITECA SPA ;
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRA' RISULTARE INEQUIVOCABILMENTE LA DIAGNOSI, LA PROGNOSE E L'EVENTUALE CONFEZIONAMENTO DI APPARECCHI ORTOPEDICI IMMOBILIZZANTI
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DAI QUALI DOVRA' RISULTARE L'INDENNITA', LA DATA DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE E IL TIPO DI LESIONE PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (LA PROVA RADIOLOGICA E' RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LE LESIONI IL CUI INDENNIZZO E' LEGATO ALL'EVIDENZA RADIOLOGICA PREVISTA IN TABELLA E DEVE ESSERE REDATTO DA PRONTO SOCCORSO PUBBLICO E/O STRUTTURA PRIVATA EQUIVALENTE)
- COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA (PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO)
- EVENTUALE CERTIFICATO ASSENZA SCOLASTICA
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL'AUTORITA' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO

N.B.: ANCHE PER LE LESIONI PARTICOLARI CONTENUTE IN POLIZZA E VERIFICATE SI ENTRO 60 GIORNI DALL'EVENTO OCCORRE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA DESCRITTA.

ATTENZIONE

IN MANCANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA AD UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARA' POSSIBILE DAR CORSO ALLA VOSTRA PRATICA

APPENA POSSIBILE L'INFORTUNATO DOVRA' INVIARE :

DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO: ORIGINALE COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA
- FATTURE, TICKETS SANITARI, COMPROVANTI EVENTUALI SPESE MEDICHE SOSTENUTE
- DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA DAL MEDICO CURANTE E/O CERTIFICATO DI GUARIGIONE CLINICA ATTESTANTE LA PRESENZA O MENO DI POSTUMI INVALIDANTI

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- MODULO DI DENUNCIA DEBITAMENTE COMPILATO
- CERTIFICATO DI MORTE (IN ORIGINALE)
- STATO DI FAMIGLIA STORICO (IN ORIGINALE)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA' AI FINI SUCCESSORI
- VERBALI AUTORITA' INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO IL DECESSO
- EVENTUALI DICHIARAZIONI DI TERZI PRESENTI AL FATTO
- EVENTUALI ARTICOLI DI STAMPA
- COPIA DEL RAPPORTO DI GARA SE L'INFORTUNIO E' AVVENUTO DURANTE UNA COMPETIZIONE

INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA A

Ufficio sinistri Federitalia - Via delle Province n. 116, 00162 - Roma
FAX: 06.94537668 - Tel. 06.64220350 – e.mail : info@federitalia.it

Modulo di Denuncia Infortuni

INVIARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N. 06.94537668

Spedire il presente modulo, a mezzo raccomandata Postale con Ricevuta di ritorno entro 5 giorni dalla data del sinistro a:
Ufficio sinistri Federitalia - Via delle Province n. 116, 00162 - Roma

Dati Anagrafici dell'Infortunato /Assicurato

Cognome/Nome			Qualifica			
Codice Fiscale		Luogo di nascita <i>(se tesserato)</i>		Data di Nascita		Professione
Indirizzo			C.A.P.		Comune	Provincia
Telefono	Cell.	FAX	Numero tessera		Data di rilascio tessera	

Dati dell'avente Causa - *(in caso di infortunio a minorenni)*

Cognome/Nome		Titolo <i>(Padre, Madre,..)</i>	Comune		Prov.	C.A.P.
Indirizzo			Telefono	Cell.	FAX	
Codice Fiscale			Professione			

Estremi del sinistro

Luogo del Sinistro		Data Sinistro	Ora del sinistro
Attività praticata al momento dell'infortunio			
Descrizione chiara e circostanziata dell'Infortunio e delle cause che lo hanno provocato			
Precedenti Infortuni (data e descrizione)			
Autorità intervenute (Polizia , Carabinieri,..)			
Documenti allegati:			

Modulo di Denuncia Infortuni

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune		Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX	

Cognome/Nome	Comune		Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX	

Data compilazione

**Firma dell'Infortunato/Assicurato
(avente causa in caso di minore)**

**Firma dell'Assicurato (avente causa in caso di minore)
per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi
del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 .**

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA DI FEDERITALIA - Sede Nazionale (verifica Regolarità Amministrativa Infortunato)

Cognome/Nome (se tesserato)	Numero tessera	Tipo di tessera
Data rilascio Tessera	Data scadenza Tessera	

Timbro e firma - <i>FEDERITALIA - Sede Nazionale</i>
--

N.B.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

Ufficio sinistri - Federitalia
Via delle Province n. 116
00162 - Roma
tel. 06.64220350

INFORMATIVA AI CLIENTI

Cognome e Nome o Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Cap - città Pr _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La informiamo, ai sensi dell'art. 13, del D.Lgs. 30.06.03 n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali che i dati personali comuni e sensibili¹ da Lei/Voi forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

- 1a. I dati personali comuni e sensibili, verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività della nostra società, quali ad esempio:
 - mediazione con imprese di assicurazione o riassicurazione svolta nel Suo/Vs. interesse a seguito di Suo/Vs. incarico scritto o orale;
 - per esigenze preliminari alla stipula di un contratto da attivare su Sua/Vs. iniziativa;
 - per dare esecuzione ad un servizio o ad una o più operazioni, contrattualmente convenute;
 - per adempiere ad obblighi di legge derivanti dalla esecuzione e dalla gestione di contratti conclusi con la nostra assistenza in relazione alla copertura di rischi assicurativi;
 - per adempiere a quanto disposto da Autorità ed Organi di Vigilanza del sistema assicurativo;
 - per esigenze di tipo operativo e gestionale;
- 1b. I dati personali non sensibili verranno trattati anche per le seguenti finalità:
 - per esigenze di controllo dell'andamento delle relazioni con la clientela e/o dei rischi connessi;
 - per finalità di marketing operativo e strategico.
2. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e comunque automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.
3. La/Vi informiamo altresì che i dati personali da Lei/Voi forniti, o altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a comunicazione per le medesime finalità sopra indicate a:
 - rappresentanti del settore assicurativo quali esemplificativamente: assicuratori, agenti, coassicuratori, riassicuratori, periti, consulenti legali, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato;
 - società, enti, consorzi, persone che ci forniscano servizi elaborativi o che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella della nostra società, ovvero ancora attività necessarie all'esecuzione delle operazioni o dei servizi da Lei/Voi richiesti o che ci richiederà in futuro;
 - soggetti a cui la facoltà di accedere ai Suoi/Vs. dati personali sia riconosciuta da disposizioni di legge o di normativa comunitaria;
 - soggetti ai quali il trasferimento dei Suoi/Vs. dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività della nostra società;
 - società facenti parte del nostro Gruppo.
4. I dati da Lei/Voi conferiti o comunque a Lei/Voi riferibili potranno essere da noi comunicati a società da noi rappresentate in Italia dei paesi membri della UE (in particolare Gran Bretagna) ed extra UE, con le modalità ed i termini previsti dagli artt. 42 e 43 D.Lgs. 196/03 qualora il trasferimento sia necessario per l'esecuzione di obblighi derivanti dal contratto del quale Lei/Voi siete parte o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche Sue/Vs. richieste, nonché per la conclusione o per l'esecuzione di un contratto stipulato Suo/Vs. favore.
5. Il conferimento di tali dati è facoltativo, salvo il caso in cui venga richiesto da specifiche norme di legge (ad esempio la normativa in materia di riciclaggio di denaro, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile). Il Suo/Vs. eventuale rifiuto a fornirci i Suoi/Vs. dati personali e ad autorizzarne la comunicazione ai soggetti appartenenti alle sopra citate categorie, potrà comportare conseguenze nella procedura di copertura dei rischi a Lei/ Voi riferiti, qualora i dati richiesti siano necessari a tal fine, nonché la mancata esecuzione dei contratti, delle operazioni o dei servizi da Lei/Voi richiesti.

¹ L'art. 4 del D.Lgs. 196/03 definisce i dati sensibili come i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Il conferimento di dati sensibili riferiti alla situazione sanitaria è obbligatorio ai fini della stipula di alcune tipologie di polizze (ad esempio sanitaria, vita, invalidità permanente da malattia) e della gestione di alcune tipologie di sinistri e il suo rifiuto comporterà l'impossibilità della stipula e della esecuzione dei predetti contratti.

6. La/Vi informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, Lei/Voi potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03, di seguito allegato, ottenendo dal titolare del trattamento la conferma circa l'esistenza o meno di dati personali, di avere conoscenza dell'origine di tali dati, nonché delle caratteristiche del trattamento. Può altresì ottenere la cancellazione o la riduzione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati stessi. Potrà inoltre opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
7. I dati personali sono custoditi presso *Assiteca S.p.A.*, con sede in Via Sigieri 14 – 20135 Milano.
8. Titolare del trattamento è la Società stessa, nella persona del legale rappresentante *Piero Avanzino* domiciliato per la carica presso la società.

Assiteca S.p.A.

Oggetto: Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (art. 23, 3° comma, D.Lgs. 196/03).

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, l'interessato:

Presta il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la nostra società, di cui al punto 1a. dell'informativa e alla loro comunicazione alle categorie di soggetti indicati al punto 3.

Presta il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la nostra società, di cui al punto 1a. dell'informativa ed alla loro comunicazione alle categorie di soggetti indicati ai punti 4 dell'informativa.

Presta il consenso Nega il consenso

Al trattamento dei dati personali non sensibili per finalità di cui al punto 1b. dell'informativa e alla loro comunicazione alle categorie di soggetti indicati al punto 3 dell'informativa.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo _____

Data _____

Nome e Cognome _____

Ragione Sociale _____

Firma leggibile² _____

Art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

² Nel caso di polizze collettive il consenso dovrà essere sottoscritto da ciascun assicurato. Se il beneficiario è diverso dal contraente e dall'assicurato, anche quest'ultimo dovrà sottoscrivere il consenso.