

**DENUNCIA DI INFORTUNIO**

Contraente \_\_\_\_\_

Domicilio (via, n.civico) \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Assicurato (indicare il soggetto cui si riferisce la richiesta di indennizzo anche se coincide con il Contraente)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Rapporto con il Contraente \_\_\_\_\_

Beneficiario (in caso di morte dell'Assicurato, indicare il soggetto che richiede l'indennizzo)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Rapporto con l'Assicurato \_\_\_\_\_

**Barrare le caselle corrispondenti alle garanzie di cui si chiede l'attivazione:**

**INFORTUNIO** – Tipo di sinistro :  invalidità,  morte,  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI**

1) Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto  
\_\_\_\_\_

2) Narrazione del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Nome ed indirizzo delle persone che furono testimoni dell'infortunio  
\_\_\_\_\_

4) Precedenti infortuni subiti dall'Assicurato? Se SI, quali e quando? NO  , SI   
\_\_\_\_\_

5) Altre assicurazioni in corso per gli stessi rischi? Se SI, con quale compagnia? NO  , SI   
\_\_\_\_\_

6) Si allega documentazione? Se SI, quale (certificati medici, ecc.)? NO  , SI   
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ firma dell'Assicurato (o del Beneficiario) \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico e domicilio dell'Assicurato ( o del Beneficiario)**

N. tel. casa \_\_\_\_\_ N. tel. ufficio \_\_\_\_\_ N. te. cellulare \_\_\_\_\_

Domicilio (via, n.civico) \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**(Compilare unitamente al 2° foglio per la Privacy)**

**INFORMATIVA EX ART. 13 DEL CODICE IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Desideriamo informarLa che il D.Lgs. 196/2003 - Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (di seguito Codice) – prescrive di fornire un'adeguata informativa agli interessati circa gli aspetti fondamentali del trattamento dei dati da loro segnalati.

*Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni, anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, utilizzando strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. È invece esclusa l'operazione di diffusione dei dati.*

A tal fine Le forniamo le seguenti informazioni:

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:**

Le Assicurazioni di Roma, Mutua Assicuratrice Romana – Viale delle Mura Portuensi, 33 00153 Roma

**RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO:**

Dott. Magni Enrico – [privacy@adir.it](mailto:privacy@adir.it) – Tel. +39.06.58781

**FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:**

ASSICURATIVE, connesse alla gestione e la liquidazione di sinistri

La informiamo che la Società tratterà i dati personali da Lei forniti o dalla stessa già detenuti, per finalità ASSICURATIVE, connesse alla gestione e la liquidazione di sinistri attinenti all'attività assicurativa o riassicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Nell'ambito della predetta finalità il trattamento verrà altresì effettuato per la prevenzione delle frodi assicurative e connesse azioni legali.

In particolare, la finalità di gestione e liquidazione dei sinistri pone la nostra Società nella posizione di dover raccogliere i Suoi dati personali, tra i quali potrebbero rientrare anche dati sensibili, al fine di soddisfare le Sue richieste in qualità di terzo danneggiato

Il conferimento dei dati personali da Lei effettuato potrà essere: obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile); strettamente necessario alla gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora Lei rifiuti di fornire i dati personali richiesti, la Società non potrà gestire e liquidare il sinistro.

Per quanto attiene alla sicurezza, Le comunichiamo che i dati che la riguardano saranno accessibili solo da parte del personale a ciò incaricato dal Titolare e/o dal Responsabile, così come le relative operazioni sopra descritte e che il trattamento dei Suoi dati avverrà mediante modalità e strumenti idonei a garantire la riservatezza e potrà essere effettuato attraverso l'utilizzo di supporti cartacei e/o informatici. Per talune attività potranno essere utilizzati soggetti di Nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per Nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa.

Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà a norma di legge, secondo i principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelare la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati esclusivamente per finalità assicurative connesse alla gestione e liquidazione del sinistro o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche, Società di gestione del risparmio, sim., legali, Società di servizi per il quietanzamento, Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per la tutela giudiziaria, clinica convenzionata, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasposto e smistamento delle comunicazioni alla clientela), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero credito, nonché organismi associativi (ANIA) e consorzi del settore assicurativo, ISVAP, CONSAP, UIC, CONSOB, COVIP, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie ed altri soggetti o banche dati nei cui confronti la comunicazione è obbligatoria.

La informiamo, altresì, che, in relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui agli articoli 7, 8, 9 e 10 del Codice (che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente) rivolgendosi al Titolare o al Responsabile del Trattamento, nominato ai sensi dell'art. 13 del Codice nella persona del **dott. Enrico MAGNI** o inviando una richiesta a:

- Le Assicurazioni di Roma, Mutua Assicuratrice Romana – Viale delle Mura Portuensi, 33 00153 Roma
- [privacy@adir.it](mailto:privacy@adir.it)

La sottoscrizione della presente per ricezione è a valere anche quale dichiarazione esplicita di avere ricevuto copia della stessa.

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

Il Sottoscritto.....in relazione alla informativa che mi avete fornito ai sensi dell'articolo 13 del Codice, esprimo il mio consenso all'intero trattamento:

- dei miei dati personali con le modalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

- dei cosiddetti dati sensibili di cui potreste venire a conoscenza per le finalità di gestione e liquidazione dei sinistri e con le modalità sopra indicate.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_