

Compilare e inviare solo tramite posta 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. 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

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:

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

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
