

MODULO DENUNCIA INFORTUNIO/RCT CONVENZIONE ASI - UNIPOLSAI

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 UnipolSai 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.unipolsai.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 UnipolSai S.p.A. – Via Stalingrado n°45 – Bologna - fax 051/5076633 – e-mail: privacy@unipolasai.it, Polizza ASI n. 39178 / 77 / XXXXXXXX

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 ⇨

Dati Anagrafici dell'Infortunato

Cognome		Nome	
Indirizzo			N.° Civico
Comune		Prov.	CAP
Data di nascita	Codice Fiscale		
Telefono	Indirizzo mail		
Tipo tessera	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> C1	Numero Tessera A.S.I.	
Data rilascio tessera	Disciplina Sportiva		

Dati anagrafici dei genitori (in caso di minore infortunato)

Cognome		Nome	
Indirizzo			Comune
Codice Fiscale			Telefono

Cognome		Nome	
Indirizzo			Comune
Codice Fiscale			Telefono

DATI BANCARI PER EVENTUALE INDENNIZZO (scrivere in stampatello):

Codice IBAN _____
Banca _____ **Intestato a** _____

Estremi dell'infortunio

Data	Ora	Luogo
Descrizione dettagliata della dinamica dell'infortunio		

Eventuali testimoni dell'infortunio

Cognome		Nome	
Indirizzo		N.° Civico	CAP
Comune	Prov-	telefono	

Conseguenze dell'infortunio

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio

Spazio da compilare a cura della Società Sportiva di appartenenza

Società			
Indirizzo		N.° civico	Cap
Comune		Prov.	
Infortunio avvenuto durante attività associativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Responsabile		Timbro e firma	

Luogo e data

Firma dell'interessato (dei genitori in caso di minore)
