

Compilare e inviare solo tramite posta a: **FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO
SEGRETERIA GENERALE / ASSICURAZIONI
STADIO OLIMPICO – CURVA NORD
00135 ROMA**

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

PRIVACY FIN

Letta l'informativa per il trattamento dei dati personali relativo alla raccolta e la successiva trasmissione dei dati relativi al sinistro/infortunio a Unipol Assicurazioni S.p.A., disponibile al link <https://www.federnuoto.it/home/federazione/assicurazione.html>, l'interessato - con la sottoscrizione di seguito apposta - presta il consenso alla Federazione Italiana Nuoto per il trattamento dei dati personali e particolari come ivi descritto, ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) del GDPR.

FIRMA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI ⇨
(Senza il suddetto consenso saremmo impossibilitati a dare seguito alla richiesta di indennizzo)

Consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurative/liquidative

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali apposta in calce al presente modulo (USA_Info_Sini_01) e delle finalità ivi indicate; al riguardo, acconsento al trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, nonché liquidativa dei sinistri, effettuato da **Unipol Assicurazioni S.p.A.** e dagli altri soggetti, interni ed esterni al Gruppo, coinvolti in tale attività, come indicato nell'informativa.

Sulla base di quanto sopra, Le chiediamo di esprimere il consenso al trattamento dei dati apponendo la **Sua firma nel rigo seguente.**

FIRMA ⇨
(Senza il suddetto consenso Unipol Assicurazioni S.p.A. non potrà 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

Denominazione Società Affiliata	
Indirizzo - Comune	Telefono
Timbro e firma della Società	Data affiliazione e Numero

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 minorenni, 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
