

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

(DA INVIARE AL PIÙ PRESTO REDATTA IN MODO COMPLETO)

ALL'AGENZIA PRINCIPALE DI 

RISERVATO AGENZIA	RAMO	N. DANNO	ESERCIZIO	CODICE AGENZIA	DENUNCIA PERVENUTA IN AGENZIA IL
	05				
UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INCARICATO:			Via		Tel.

Oggetto: sinistro a polizza infortuni n. _____

Contraente/Socio: (cognome e nome) _____

Indirizzo: _____

Infortunato: (cognome, nome, data e luogo di nascita) _____

Indirizzo: _____ Professione: _____

Data del sinistro: _____ ora: _____ Luogo del sinistro (Comune, Provincia, Località) _____

A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?: _____

Come avvenne l'infortunio?: _____

Lesioni subite: _____

Testimoni: (cognome, nome, indirizzo) _____

Da chi, dove e quando furono prestate le prime cure?: _____

Dov'è attualmente degente l'infortunato?: _____

È assicurato contro gli infortuni presso altre Compagnie? Quali?: _____

Ha subito altri infortuni? Quando? È residuata invalidità permanente?: _____

_____ li _____ 20 _____ Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono

complete e conformi al vero. L'INFORTUNATO (o chi per esso) _____

Eventuali note: _____

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

In che data sono state prestate le prime cure? Quali?: _____

Quali sono le lesioni riscontrate?: (Indicare la natura, la sede, l'estensione) _____

L'infortunato era affetto da infermità, malformazioni o lesioni pregresse o congenite? Quali?: _____

PROGNOSI

L'infortunato deve rimanere a riposo **totale** per gg. _____ dal _____ ; a riposo **parziale** per gg. _____ dal _____

Può residuare invalidità permanente: _____

_____ li _____ 20 _____ IL MEDICO CURANTE: Firma (leggibile) _____

Indirizzo _____

COPIA PER LA SOCIETÀ



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

- PRESENTARE DENUNCIA al più presto inviando il presente modulo tramite raccomandata all'Agencia o personalmente presso l'Agencia stessa.
- In seguito RICHIEDERE all'Agencia il NUMERO DEL SINISTRO assegnato alla pratica. Ogni volta che si dovrà comunicare o richiedere notizie, fare riferimento al "numero del sinistro".
- DOCUMENTAZIONE che deve essere presentata dal Contraente e/o Assicurato nel caso in cui l'infortunio interessi garanzie assicurate quali:
 - INABILITÀ TEMPORANEA**
Occorre documentare l'inabilità con certificati medici (illustranti il decorso delle lesioni) che vanno rinnovati alle rispettive scadenze.
 - INVALIDITÀ PERMANENTE**
A guarigione clinica avvenuta e con postumi irreversibili (cioè dopo un congruo periodo dalla guarigione clinica) richiedere e fornire (entro 24 mesi dall'infortunio) una valutazione dell'invalidità da parte di un medico legale infortunista.
 - RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER LA CURA DELL'INFORTUNIO E/O INDENNITÀ DI DEGENZA**
Occorre presentare:
 - documentazione medica: certificazioni mediche (diagnosi, prescrizioni, referti, ecc.) e, in caso di ricovero in Istituto di Cura, cartelle cliniche integrali e/o referti chirurgici;
 - documentazione di eventuali spese: le relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate ed in **originale**.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N. 675/96

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge**, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti** o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo** ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e servizi assicurativi, bancari e finanziari nei confronti dell'interessato stesso.

3. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, nei casi previsti dal punto 2a e 2b, comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1 e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM);

legali, periti e autofficine, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione), Commissione di Garanzia dell'Assicurato;

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paese dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

7. RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

I dati identificativi del Responsabile di cui agli articoli 1 e 8 della Legge possono essere acquisiti presso la Sede legale, le Sedi periferiche e le Agenzie della Società.

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi degli articoli 11, 20, 22 e 28 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, **acconsento/acconsentiamo**

- al trattamento dei **dati** che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, della medesima informativa o obbligatori per legge;

..... **acconsento/acconsentiamo (*)**

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

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

Luogo e data

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

(DA INVIARE AL PIÙ PRESTO REDATTA IN MODO COMPLETO)

ALL'AGENZIA PRINCIPALE DI ➔

RISERVATO AGENZIA	RAMO	N. DANNO	ESERCIZIO	CODICE AGENZIA	DENUNCIA PERVENUTA IN AGENZIA IL
	05				
UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INCARICATO:			Via		Tel.

Oggetto: sinistro a polizza infortuni n. _____

Contraente/Socio: (cognome e nome) _____

Indirizzo: _____

Infortunato: (cognome, nome, data e luogo di nascita) _____

Indirizzo: _____ Professione: _____

Data del sinistro: _____ ora: _____ Luogo del sinistro (Comune, Provincia, Località) _____

A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?: _____

Come avvenne l'infortunio?: _____

Lesioni subite: _____

Testimoni: (cognome, nome, indirizzo) _____

Da chi, dove e quando furono prestate le prime cure?: _____

Dov'è attualmente degente l'infortunato?: _____

È assicurato contro gli infortuni presso altre Compagnie? Quali?: _____

Ha subito altri infortuni? Quando? È residuata invalidità permanente?: _____

_____ li _____ 20 _____ Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero. L'INFORTUNATO (o chi per esso) _____

Eventuali note: _____

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

In che data sono state prestate le prime cure? Quali?: _____

Quali sono le lesioni riscontrate?: (Indicare la natura, la sede, l'estensione) _____

L'infortunato era affetto da infermità, malformazioni o lesioni pregresse o congenite? Quali?: _____

PROGNOSI

L'infortunato deve rimanere a riposo **totale** per gg. _____ dal _____ ; a riposo **parziale** per gg. _____ dal _____

Può residuare invalidità permanente: _____

_____ li _____ 20 _____ IL MEDICO CURANTE: Firma (leggibile) _____

Indirizzo _____

COPIA PER LA SOCIETÀ



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

- PRESENTARE DENUNCIA al più presto inviando il presente modulo tramite raccomandata all'Agenzia o personalmente presso l'Agenzia stessa.
- In seguito RICHIEDERE all'Agenzia il NUMERO DEL SINISTRO assegnato alla pratica. Ogni volta che si dovrà comunicare o richiedere notizie, fare riferimento al "numero del sinistro".
- DOCUMENTAZIONE che deve essere presentata dal Contraente e/o Assicurato nel caso in cui l'infortunio interessi garanzie assicurate quali:
 - INABILITÀ TEMPORANEA**
Occorre documentare l'inabilità con certificati medici (illustranti il decorso delle lesioni) che vanno rinnovati alle rispettive scadenze.
 - INVALIDITÀ PERMANENTE**
A guarigione clinica avvenuta e con postumi irreversibili (cioè dopo un congruo periodo dalla guarigione clinica) richiedere e fornire (entro 24 mesi dall'infortunio) una valutazione dell'invalidità da parte di un medico legale infortunista.
 - RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER LA CURA DELL'INFORTUNIO E/O INDENNITÀ DI DEGENZA**
Occorre presentare:
 - documentazione medica: certificazioni mediche (diagnosi, prescrizioni, referti, ecc.) e, in caso di ricovero in Istituto di Cura, cartelle cliniche integrali e/o referti chirurgici;
 - documentazione di eventuali spese: le relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate ed in **originale**.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N. 675/96

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge**, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti** o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo** ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e servizi assicurativi, bancari e finanziari nei confronti dell'interessato stesso.

3. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, nei casi previsti dal punto 2a e 2b, comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1 e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM);

legali, periti e autofficine, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione), Commissione di Garanzia dell'Assicurato;

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paese dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

7. RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

I dati identificativi del Responsabile di cui agli articoli 1 e 8 della Legge possono essere acquisiti presso la Sede legale, le Sedi periferiche e le Agenzie della Società.

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi degli articoli 11, 20, 22 e 28 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, **acconsento/acconsentiamo**

- al trattamento dei **dati** che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, della medesima informativa o obbligatori per legge;

..... **acconsento/acconsentiamo (*)**

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

Nome e cognome dell'interessato

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

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

Luogo e data

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

(DA INVIARE AL PIÙ PRESTO REDATTA IN MODO COMPLETO)

ALL'AGENZIA PRINCIPALE DI ➔

RISERVATO AGENZIA	RAMO	N. DANNO	ESERCIZIO	CODICE AGENZIA	DENUNCIA PERVENUTA IN AGENZIA IL
	05				
UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INCARICATO:			Via		Tel.

Oggetto: sinistro a polizza infortuni n. _____

Contraente/Socio: (cognome e nome) _____

Indirizzo: _____

Infortunato: (cognome, nome, data e luogo di nascita) _____

Indirizzo: _____ Professione: _____

Data del sinistro: _____ ora: _____ Luogo del sinistro (Comune, Provincia, Località) _____

A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?: _____

Come avvenne l'infortunio?: _____

Lesioni subite: _____

Testimoni: (cognome, nome, indirizzo) _____

Da chi, dove e quando furono prestate le prime cure?: _____

Dov'è attualmente degente l'infortunato?: _____

È assicurato contro gli infortuni presso altre Compagnie? Quali?: _____

Ha subito altri infortuni? Quando? È residuata invalidità permanente?: _____

_____ li _____ 20 _____ Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero. L'INFORTUNATO (o chi per esso) _____

Eventuali note: _____

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

In che data sono state prestate le prime cure? Quali?: _____

Quali sono le lesioni riscontrate?: (Indicare la natura, la sede, l'estensione) _____

L'infortunato era affetto da infermità, malformazioni o lesioni pregresse o congenite? Quali?: _____

PROGNOSI

L'infortunato deve rimanere a riposo **totale** per gg. _____ dal _____ ; a riposo **parziale** per gg. _____ dal _____

Può residuare invalidità permanente: _____

_____ li _____ 20 _____ IL MEDICO CURANTE: Firma (leggibile) _____

Indirizzo _____

COPIA PER IL SOCIO



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

- PRESENTARE DENUNCIA al più presto inviando il presente modulo tramite raccomandata all' Agenzia o personalmente presso l' Agenzia stessa.
- In seguito RICHIEDERE all' Agenzia il NUMERO DEL SINISTRO assegnato alla pratica. Ogni volta che si dovrà comunicare o richiedere notizie, fare riferimento al "numero del sinistro".
- DOCUMENTAZIONE che deve essere presentata dal Contraente e/o Assicurato nel caso in cui l' infortunio interessi garanzie assicurate quali:
 - INABILITÀ TEMPORANEA**
Occorre documentare l' inabilità con certificati medici (illustranti il decorso delle lesioni) che vanno rinnovati alle rispettive scadenze.
 - INVALIDITÀ PERMANENTE**
A guarigione clinica avvenuta e con postumi irreversibili (cioè dopo un congruo periodo dalla guarigione clinica) richiedere e fornire (entro 24 mesi dall' infortunio) una valutazione dell' invalidità da parte di un medico legale infortunista.
 - RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER LA CURA DELL' INFORTUNIO E/O INDENNITÀ DI DEGENZA**
Occorre presentare:
 - documentazione medica: certificazioni mediche (diagnosi, prescrizioni, referti, ecc.) e, in caso di ricovero in Istituto di Cura, cartelle cliniche integrali e/o referti chirurgici;
 - documentazione di eventuali spese: le relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate ed in **originale**.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N. 675/96

Ai sensi dell' art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/ Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/ Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all' espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all' esercizio dell' attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l' autonomia personale dell' interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge**, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti** o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo** ai fini dello svolgimento dell' attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti e servizi assicurativi, bancari e finanziari nei confronti dell' interessato stesso.

3. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L' eventuale rifiuto da parte dell' interessato di conferire i dati personali, nei casi previsti dal punto 2a e 2b, comporta l' impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1 e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM);

legali, periti e autofficine, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell' industria, del commercio e dell' artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione), Commissione di Garanzia dell' Assicurato;

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L' art. 13 della Legge conferisce all' interessato l' esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell' esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell' origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l' aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l' integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paese dell' Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all' Unione Europea.

7. RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

I dati identificativi del Responsabile di cui agli articoli 1 e 8 della Legge possono essere acquisiti presso la Sede legale, le Sedi periferiche e le Agenzie della Società.

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell' informativa di cui sopra, ed ai sensi degli articoli 11, 20, 22 e 28 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, **acconsento/acconsentiamo**

- al trattamento dei **dati** che mi/ ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, della medesima informativa o obbligatori per legge;

..... **acconsento/acconsentiamo (*)**

Nome e cognome dell' interessato

Nome e cognome dell' interessato

Nome e cognome dell' interessato

Nome e cognome dell' interessato

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

.....
(firma leggibile)

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

Luogo e data