

MODULO RICHIESTA INDENNIZZO / CONVENZIONE ASI - UNIPOLSAI

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE COLLEGANDOSI AL SITO WWW.ASSIEURCONSULTING.IT - SEZIONE ASI

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'art. 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@unipolsai.it, **(DA NON UTILIZZARE PER LE DENUNCE)**

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 saremo impossibilitati a dare seguito alla richiesta di indennizzo)

Dati Anagrafici dell'Infortunato

Cognome			Nome			
Indirizzo					N.° Civico	
Comune			Prov.		CAP	
Data di nascita		Codice Fiscale				
Telefono		Indirizzo mail				
Tessera	A	B	C	Calcio	C1	K/KM M/MA MT TRIAL
Data rilascio tessera		Disciplina Sportiva				

Estremi del sinistro

Data	Ora	Luogo
Descrizione corretta della dinamica dell'infortunio e delle lesioni da esso provocate.....		
.....		
.....		
.....		

Eventuali testimoni del sinistro

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

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 dei genitori (in caso di minore infortunato)

Cognome	Nome	
Indirizzo	Comune	
Codice Fiscale	Telefono	

Cognome	Nome	
Indirizzo	Comune	
Codice Fiscale	Telefono	

Spazio da compilare a cura della Società Sportiva di appartenenza

Si conferma quanto sopra riportato in relazione al sinistro occorso a _____

Società _____ indirizzo _____

Comune _____ provincia _____ telefono _____

Responsabile _____ mail: _____

Timbro e firma della società sportiva

Luogo e data

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