#### 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 A B C 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 SI NO |
| Responsabile | Timbro e firma |

 **Luogo e data Firma dell’interessato (dei genitori in caso di minore)**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**