CONVENZIONE F.I.D.A.S.C.
MODULO DI DENUNCIA INFORTUNI
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)
DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME:_____NOME:_____

DATI ANAGRAFICI DI NETRAMBI I GENITORI (IN CASO DI MINORE):_____

INDIRIZZO:_____

COMUNE:_____PROVINCIA:_____C.A.P.:_____

CODICE FISCALE:_____TELEFONO_____/_____

NATO A:_____IL:_____

SPECIALITA'/DISCIPLINA SPORTIVA:_____

NUMERO DI TESSERA:_____ _____ TIPO TESSERA _____

SOCIETA':_____DATA TESSERAMENTO:_____

PROFESSIONE:_____

ESTREMI INFORTUNIO

DATA INFORTUNIO _____GARA / ALLENAMENTO:_____

LUOGO:_____PROVINCIA:_____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:_____

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO:_____

INORTUNI PRECEDENTI (SI/NO):_____IN DATA:_____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO?:_____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AFFILIATA

SOCIETA':_____C.A.P.:_____PROV.:_____

COMUNE:_____INDIRIZZO:_____

TELEFONO:_____/_____AFFILIAZIONE N°:_____DEL:_____

TIMBRO E FIRMA

INVIARE A: AON S.p.A. – Via C. Colombo, 149 – 00147 ROMA -

N.B.: Questo modulo viene utilizzato anche per la ricerca scientifica a fini statistici. Si prega di compilarlo con accuratezza.

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Generalità ed indirizzo del medico curante……

…….Tel……..…….

1) Data della prima assistenza medica…… Da chi è stata presentata……...…….

2) E' ricoverato?..... Se si dove?.....

3) Causa determinante della lesione……

4) Tipo di trauma: contusione – ferita – distorsione – lesione dei legamenti – lesione muscolo-tendinea – lussazione – frattura.

5) Sede e descrizione della lesione di cui al punto 4)…….……..

……..…….

…….…….

6) Versa l'infortunato in pericolo di vita?.....

7) Eventuali lesioni antecedenti, o infermità, o anomalie fisiche che possono aver influito sulla lesione……..……

……

……

8) Periodo presumibile di inabilità al lavoro totale: giorni …….. parziale: giorni:……..……..

9) Può residuare invalidità permanente?.....

10) Accertamenti diagnostici richiesti…….……..

…….

Cure necessarie……

…….

Il sottoscritto medico curante dichiara di avere risposto sotto la propria responsabilità alle precedenti domande con scienza, coscienza e verità.

IL MEDICO CURANTE

Data: …… ……

AON – UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.

INFORMATIVA

(ai sensi del D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla privacy)

Egregio Assicurato La informiamo che:

1) I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire alla AON ed alla UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. di trattare il Suo sinistro; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o comunque automatizzati;
2) Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive forme di Legge, è facoltativo;
3) Tuttavia, il mancato assenso al trattamento dei dati personali richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di rendere a Suo favore, in tutto o in parte, il servizio di cui al punto 1) che precede;
4) In rapporta al servizio reso, Le sarà richiesta anche la documentazione di dati *"sensibili"* di cui al D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy*; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente Informativa;
5) I Suoi dati verranno trasmessi dalla AON alla UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. e viceversa ed ai loro organi interni; ad Istituti bancari, per agevolare l'esecuzione dei servizi di cui al precedente punto 1) trasmettendo solo ed esclusivamente i dati personali strettamente necessari al fine di poter eseguire gli adempimenti previsti con espressa esclusione dei dati sensibili; a soggetti terzi operanti nel settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; a periti, legali, società che offrono servizi informatici di archiviazione dei dati, organismi associativi (ANIA) e/o consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Casellario Centrale Infortuni e Commissioni di Garanzia dell'Assicurato;
6) In relazione al trattamento dei dati personali ha diritto: (a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (b) di essere edotto su nome, denominazione, o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare e del responsabile, finalità e modalità del trattamento; (c) di ottenere a cura del titolare senza ritardo: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora ci fosse interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
7) Titolari del trattamento sono l'AON in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Andrea Ponti 8/10 20143 Milano e la UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Stalingrado, 45 – 00128 BOLOGNA -
8) Responsabili del trattamento sono l'AON in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'AON e la UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede della UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A.

Io sottoscritto ……. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy* e dell'Informativa che precede, all'AON ed alla UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali.

……., lì …….. firma …….
(firma del genitore in caso di minore)

Io sottoscritto ……. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – *Testo Unico sulla Privacy* e dell'Informativa che precede, all'AON ed alla UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A. Associazioni il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

……., lì …….. firma …….
(firma del genitore in caso di minore)