

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: _____

INFORTUNI 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 – REALE MUTUA 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 REALE MUTUA 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 rapporto 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 REALE MUTUA 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 REALE MUTUA ASSICURAZIONI S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Piceno, 5 – 20129 MILANO -
- 8) Responsabili del trattamento sono l'AON in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'AON e la REALE MUTUA ASSICURAZIONI S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede della REALE MUTUA 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
REALE MUTUA 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
REALE MUTUA 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)

