

## DENUNCIA di INFORTUNIO PROFESSIONALE

Polizza n.: 136877963		Contraente: INFN	
Struttura (Laboratorio o Sezione):			
Data denuncia:			
<b>ASSICURATO</b>			
Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap:	Città:	Prov.:	
E-mail:			
Telefono:		Matricola:	
<b>SINISTRO</b>			
Data:	Ora:	Luogo:	
Descrizione sinistro (riportare tutte le informazioni a disposizione):			
Prime cure prestate:			
dove?	da chi?	quando?	
Assistenza INAIL?	NO	SI	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
All.:			

Timbro e Firma Direttore Struttura INFN

Assicurato

---



---



*Si segnala in ogni caso che l'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità*

Data \_\_\_\_\_

*Franco Lazzarini*

### **Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili**

Il sottoscritto, Preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati sensibili (ivi inclusi quelli afferenti le motivazioni di un eventuale rifiuto della corresponsione della somma assicurata da parte della compagnia di assicurazione), secondo le modalità e per le finalità di cui all'informativa allegata.

acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità assicurative

l'eventuale rifiuto di conferire i dati richiesti renderà impossibile l'espletamento del mandato assicurativo

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

acconsento al trattamento dei dati personali al fine promozionale da parte di Ital Brokers ; ricevere proposte di prodotti assicurativi e finanziari diversi dalla presente (**consenso facoltativo**)

Acconsento :

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

In caso di consenso negato barrare gli spazi precedenti.



### Dichiarazione di eventuali precedenti Infortuni occorsi:

Specificare anno di accadimento, tipologia di infortunio ed eventuali postumi riportati:

\_\_\_\_\_

### Dichiarazione di esistenza di ulteriori polizze infortuni in corso di validità

- non esistono a mio nome altre polizze
- esistono a mio nome altre polizze\*

(\*) Specificare: Compagnia \_\_\_\_\_ N. Polizza \_\_\_\_\_

Ai fini dell'accreditamento di eventuali indennizzi o liquidazioni, il sottoscritto, **in qualità di Beneficiario**, fornisce qui di seguito i dati del **proprio c/c bancario o del conto corrente di cui è co-intestatario\*\***.

Banca	Agenzia	Indirizzo
IBAN		

(\*\*) le disposizioni antiriciclaggio, volte a rafforzare la tracciabilità dei flussi finanziari, richiedono di corrispondere le somme dovute ai beneficiari a mezzo di bonifico bancario esclusivamente su un conto (bancario o postale) riferibile al beneficiario stesso.

### Consenso al trattamento dei dati sensibili – da compilare a cura del Denunciante

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa Privacy del Contraente e di Elips Life Ltd allegata al modulo di adesione, di cui al Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018)

- presta il consenso al trattamento dei miei dati sensibili per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla cd Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative), funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.
- nega il consenso

**Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e sensibili, è necessaria ad Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nel paragrafo B) dell'Informativa Privacy. L'eventuale Suo rifiuto a fornire le informazioni richieste e/o il mancato consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere alla Sua assunzione in copertura e/o alla liquidazione di un eventuale sinistro.**

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma (leggibile): \_\_\_\_\_