

MODULO DENUNCIA SINISTRI

La denuncia va inviata a: centrale.committenza@unict.it – acuc.assicurazioni@unict.it

Tel: 095/7307483 – 095/7307326

Referenti: *Dott.ssa Marinella Nipitella* – *Dott. Angelo Blanco* - Area della Centrale Unica di Committenza

Broker assicurativo: MAG S.p.A.

UNIVERSITA' degli STUDI di CATANIA	
Assicurato (Infortunato)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (Nome) (Cognome) </div>
Indirizzo (Domicilio)	Via: n° civico:
	CAP: Città: Prov:
Cod. Fiscale	
Recapito Telefonico	
e-mail:	<i>(Indirizzo da utilizzare per ogni comunicazione relativa al sinistro in oggetto)</i>

Qualifica Aziendale	<input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Quadro <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Alto _____
Data Infortunio	/ / Località _____
Ricordiamo che per istruire la pratica è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso.	
Descrizione del modo in cui è venuto l'infortunio:	
Si è recato al Pronto Soccorso?	<input type="checkbox"/> NO (allegare All. 1 Rapporto del Medico Curante) <input type="checkbox"/> SI (allegare Certificato di Pronto Soccorso)
Si è trattato di Infortunio professionale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Si è trattato di incidente stradale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , allegare: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modulo CAI: (Constatazione Amichevole di Incidente); e/o Verbale Autorità intervenute; ➤ Patente di Guida

L'auto coinvolta è aziendale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (indicare targa del veicolo) _____
Ha subito precedenti infortuni? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , indicare:	
<ul style="list-style-type: none"> • Data __ / __ / ____ Tipo di lesione: • Data __ / __ / ____ Tipo di lesione: 	
Ha altre coperture assicurative? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , indicare	
<ul style="list-style-type: none"> • Compagnia di assicurazione • Massimale..... 	
DATA / /	FIRMA _____



Al. 1 – RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(Da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato di Pronto Soccorso)

1	Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata:
2	Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc.)
3	Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?
4	Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente.
5	Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?
6	Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?
7	Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale?
8	Si presume invalidità permanente residua?
9	In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?
10	Da chi venne prestata la prima cura?

DATA / /

IL MEDICO CURANTE _____

MODULO PRIVACY

Gent.mo Assicurato, desideriamo informarLa che i dati particolari da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che comunicherà in futuro a MAG SPA, nella sua qualità di Titolare del trattamento, saranno trattati per l'espletamento dell'attività di mediazione assicurativa e riassicurativa ai sensi del decreto legislativo 07/09/2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018 svolta nell'interesse della clientela (a titolo esemplificativo, per la gestione della sua copertura assicurativa e per la gestione dei suoi sinistri).

Tenuto conto delle finalità del trattamento come sopra illustrate e secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 lett. b) del Regolamento UE 679/2016, il **consenso al trattamento dei dati per gli scopi summenzionati è necessario** ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere l'attività di intermediazione di MAG SPA.

Per lo svolgimento di talune attività e previa nomina in qualità di Responsabile del trattamento, MAG SPA potrà avere l'esigenza di comunicare alcuni dei Suoi dati particolari a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro del broker, quali:

- a. altri soggetti del settore assicurativo: a titolo esemplificativo e non esaustivo – Assicuratori, Coassicuratori, Agenti produttori etc.; società che svolgono servizi assicurativi quali Risk Managers, società di stime patrimoniali etc.; legali, periti e autofficine; società di servizi a cui è affidata la gestione dei sinistri;
- b. autorità ed organi di vigilanza e controllo quali IVASS, Ministero Industria e Commercio Estero, Ministero del Lavoro e previdenza Sociale;
- c. altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione è obbligatoria (es. UIC, Casellario etc.); società preposte al controllo delle frodi, al recupero crediti e alla rilevazione di rischi creditizi e insolvenza; pubbliche amministrazioni; società preposte alla certificazione di qualità;
- d. società del gruppo di appartenenza.

I dati potranno essere inoltre trattati dai dipendenti e collaboratori delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.

I dati personali possono essere trasferiti all'estero nei casi e nei modi previsti dagli artt. 44 e ss. Del Regolamento, tra cui (a titolo esemplificativo e non esaustivo) quando sia richiesto dall'assistito il pagamento delle prestazioni presso banche estere o quando lo stesso risieda all'estero.

Nella Sua qualità di interessato, potrà esercitare i diritti di cui all'artt. 13 e seguenti del Regolamento UE 679/2016:

- a. Inviando una raccomandata con ricevuta di ritorno a MAG SPA, Via delle Tre Madonne, 12 – 00197 ROMA;
- b. Inviando un fax al n. 06/85306565;
- c. Inviando una e-mail all'indirizzo rpd@magitaliagroup.com.

È nostro dovere comunicarVi tuttavia che la revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi in favore di tali terzi (o anche nei Vostri, in base alle circostanze concrete) e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Qualora i dati si riferiscano a persona di età inferiore ai 18 anni, la dichiarazione dovrà essere completata e il consenso dovrà essere reso dal titolare della responsabilità genitoriale.

Potrà richiedere l'informativa completa tramite e-mail all'indirizzo oppure scrivendo a MAG SPA.

Se l'interessato ha meno di 18 anni, la dichiarazione deve essere completata dal genitore/tutore.

- Spuntando questa casella confermo di aver compreso le informazioni di cui sopra e acconsento al trattamento dei miei dati particolari per le suddette finalità***

Data.....

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore.....

Rapporto con il dichiarante:

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: