**MODELLO DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI[[1]](#footnote-1)**

**OGGETTO: Denuncia di sinistro Infortuni - Polizza dei Volontari n°** \_\_\_\_\_\_\_ **/77/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RICHIEDE

La liquidazione dell’indennità per l’infortunio avvenuto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalità dell’infortunio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lesioni subite :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il ricovero è avvenuto presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prognosi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documenti allegati (barrare quelli inviati):

* Copia documento di riconoscimento e codice fiscale e/o tessera sanitaria
* Copia referto Pronto Soccorso
* Copia ulteriore documentazione medica (es: lettera dimissioni ricovero/certificati di applicazione e rimozione gesso etc.)
* IBAN

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative/liquidative (Artt. 23, 26 e 43 D.Lgs. n. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Sulla base dell’informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, comuni e sensibili, per finalità strettamente connesse all’attività assicurativa e liquidativa dei sinistri nonché per il trasferimento dei dati in Paesi Terzi, effettuato da UnipolSai Assicurazioni S.p.A. unitamente ad altri soggetti, interni ed esterni al Gruppo, coinvolti in tale attività, come indicato nell’informativa.

Nome e cognome leggibili dell’interessato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e dataFirma

|  |
| --- |
| **Sezione per la gerenza:** alla data del sinistro il volontario risulta coperto: □ Si □ No  Timbro della Gerenza:  Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Modulo da inviare compilato e firmato agli indirizzi [BOLOGNA.UN03834@agenzia.unipolsai.it](mailto:BOLOGNA.UN03834@agenzia.unipolsai.it) e [Gerenza.Bologna@unipol.it](mailto:Gerenza.Bologna@unipol.it) [↑](#footnote-ref-1)