

**DENUNCIA DI DANNO INFORTUNI/MALATTIA SU POLIZZA N. ....**

DANNO N. .... DELL'AGENZIA DI .....  
 Contraente ..... Assicurato.....

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

<b>Domande della Società</b>	<b>Risposte</b>
1. a) Cognome e nome dell'Assicurato b) Età c) Domicilio d) Professione	1. a) ..... b) .....c) ..... d) .....
2. Usufruisce l'Assicurato di assistenza sanitaria sociale?	2. ....
3. Quali assicurazioni sulla vita, contro gli infortuni o malattie ha l'Assicurato in corso attualmente presso altre Società?  Quali sono le somme assicurate ed il nome della Società?	3. .... ..... .....
4. Di quali infortuni/malattie ha precedentemente sofferto ed in quale epoca?	4. .... ..... .....
5. a) Quali ricoveri ospedalieri ha avuto l'Assicurato? (quando e per quale motivo)  b) Chi furono i medici che lo curarono od operarono? (indicare: nome cognome ed indirizzo)	5. a) ..... ..... ..... b) ..... .....
6. Quali indennità ha ricevuto per i precedenti infortuni/malattie o per interventi chirurgici; per i quali importi e da quali Istituiti assicuratori?	6. .... ..... .....
7. In quale giorno ha avuto inizio l'attuale infortunio/malattia e con quali manifestazioni morbose?	7. .... ..... .....
8. Quali persone constatarono per prime l'evento e/o lo stato dell'Assicurato e lo hanno assistito?	8. .... .....
9. In quale giorno e luogo si fece ricorso al medico?	9. ....
10. Quale sanitario ha attualmente in cura l'Assicurato?	10. Dott. .... abitante a ..... Via.....n. ....

**Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si rende garante dell'esattezza delle indicazioni date.**

....., li .....

L'ASSICURATO .....

Compilazione riservata all'Agenzia

\_\_\_\_\_  
(numero di polizza)

\_\_\_\_\_  
(data di inserimento in Anagrafica)

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

**(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative, apponendo la Sua firma.

Nome e cognome (o denominazione) leggibili dell'interessato

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Le chiediamo, inoltre, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati comuni da parte della nostra Società al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari (10): il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti svolti da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, secondo che Lei sia o non sia interessato alle opportunità sopra illustrate, può liberamente concedere o negare il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati barrando una delle sottostanti caselle:

SI

NO

Firma

\_\_\_\_\_

Data sottoscrizione modulo

\_\_\_\_\_

Spazio riservato alla eventuale registrazione  
degli estremi del sinistro

Sinistro n° \_\_\_\_\_