Convenzione ANUU – UNIPOL ASSICURAZIONI

# Modulo Denuncia Infortuni dell'Assicurato

*Per una gestione efficiente del sinistro si prega di compilare accuratamente il presente modulo in tutte le sue parti e di scrivere in stampatello, allegando tutta la documentazione richiesta (vedere elenco allegato).*

## DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO INFORTUNATO/A

COGNOME _____NOME _____

NATO/A A _____PROVINCIA_____ IL _____/_____/_____

INDIRIZZO VIA _____N. _____

COMUNE _____PROVINCIA _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| PROFESSIONE _____

TELEFONO _____ E-MAIL PER COMUNICAZIONI _____

LICENZA DI CACCIA N° _____ TASSA PAGATA IL _____/_____/_____

PORTO D'ARMI N° _____ RILASCIATO IL _____/_____/_____

TIPO TESSERA ANUU ☐A ☐B ☐C ☐D ☐AMICA ☐CINGHIALAI ☐TARTUFI, FUNGHI, ERBE SPONTANEE ☐PESCA E TIRO

N° _____ RILASCIATA IL _____/_____/_____ DALLA SEZIONE PROVINCIALE DI _____

L'ASSICURATO E' GUARDIA GIURATA VOLONTARIA VENATORIA? ☐NO ☐SI CON DECRETO DEL _____

## DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE)

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre): |__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

***Da compilare qualora il conto corrente non sia intestato all'assicurato:***

Il sottoscritto (cognome/nome) _____ Presenta istanza di delega a favore

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____/_____/_____

a _____ codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e residente nel

comune di _____ via _____ n. _____ cap _____

## ESTREMI DELLA LESIONE

DATA ____/____/_____ ORA _____ CITTA' _____ CAP_____ PROV. _____

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA E CAUSE DELL'INFORTUNIO _____

_____

_____

CONSEGUENZE ☐MORTE ☐LESIONE - PARTE DEL CORPO INTERESSATA_____

INFORTUNI PRECEDENTI ☐NO ☐SI IN DATA ____/____/_____ TIPO LESIONE _____

**TESTIMONI PRESENTI AL FATTO E AUTORITA' INTERVENUTE**

COGNOME e NOME _____ INDIRIZZO_____

COGNOME e NOME _____ INDIRIZZO_____

IL SINISTRO E' STATO DENUNCIATO ALLE AUTORITA'? ☐NO ☐SI

SE SI INDICARE QUALI ☐POLIZIA ☐CARABINIERI ☐ GUARDIA FORESTALE

**LUOGO DEL SINISTRO** - Barrare una delle seguenti opzioni

☐AMBITI TERRITORIALI DI CACCIA ☐AZIENDA AGRITURISTICA ☐AZIENDA FAUNISTICA ☐ALTRO (specificare)_____

**ATTIVITA' PRATICATA AL MOMENTO DEL SINISTRO** - Barrare una delle seguenti opzioni

☐ CACCIA VAGANTE (selezionare una delle sotto categorie):

*☐Caccia alla penna ☐Caccia al pelo ☐Caccia migratoria ☐Caccia con segugio*

☐ CACCIA MIGRATORIA D'APPOSTAMENTO (selezionare una delle sotto categorie):

*☐Caccia appostamento alla migratoria ☐ Costruzione o manutenzione appostamenti caccia*

☐ CACCIA AL CINGHIALE IN BATTUTA ☐ CACCIA DI SELEZIONE ☐ MANUTENZIONE DELLE ARMI

☐ TIRO A SEGNO O VOLO ☐ ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE ☐ ADDESTRAMENTO CANI

☐ RACCOLTA TARTUFI E FUNGHI ☐ ESPOSIZIONI CINOFILE ☐ PESCA SPORTIVA CON CANNA

☐ CATTURA E RIPOPOLAMENTO ☐ SALVAGUARDIA DELLA SELVAGGINA ☐ INTERVENTI DI CONTROLLO

☐ FUNZIONI DI GG. VV.

**Consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurative/liquidative**

Sulla base di quanto espresso nell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata alla pagina seguente, apponendo la Sua firma in calce, Lei dichiara di aver letto l'informativa ed esprime il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (ad esempio relativi alla salute), per finalità il perseguimento delle finalità assicurative e liquidative, autorizzando così al trattamento per l'attività di gestione e liquidazione del sinistro Unipol Assicurazioni S.p.A. (titolare del trattamento) e MARSH ADVISORY S.r.l. (responsabile del trattamento) e gli altri soggetti indicati nell'informativa. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso non potrà essere data esecuzione al contratto assicurativo e/o sarà impossibile trattare i dati relativi alla salute per la liquidazione dei eventuali sinistri o rimborsi.

❑ **Acconsento** ❑ **Non acconsento**

| Luogo e data | Nome e cognome dell'interessato *(assicurato o se minorenne chi ne fa le veci)* | Firma |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |

**SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DELLA SEZIONE PROVINCIALE**

SEZIONE PROVINCIALE DI _____

COGNOME E NOME PRESIDENTE _____

LUOGO E DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE _____

**NB: per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "Norme da seguire in caso di infortunio".**

## INFORMATIVA ALL'INTERESSATO SULL'USO DEI SUOI DATI PERSONALI E SUI SUOI DIRITTI

Ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, connessi alle polizze stipulate a favore dei tesserati ANUU Migratoristi – Associazione dei Migratoristi Italiani e/o degli eventuali terzi danneggiati, Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Unipol") deve utilizzare alcuni Suoi dati personali. In particolare, Unipol, con apposita convenzione, ha affidato ad Marsh Advisory S.r.l. (di seguito "MA") il servizio di liquidazione e gestione dei sinistri di relativa pertinenza e, per tale finalità, quest'ultima effettuerà il trattamento dei Suoi dati in qualità di Responsabile del trattamento.

Si tratta di dati personali (ad esempio nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile, indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti1 ci fornite; tra questi ci sono anche eventuali categorie particolari di Suoi dati personali2 e, in particolare, relativi al Suo stato di salute, ove risultino effettivamente indispensabili per fornire le prestazioni assicurative richieste o previste in Suo favore (liquidazione del sinistro).

Il conferimento di questi dati è necessario per la liquidazione del sinistro3 e, in alcuni casi, obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o altre Autorità, anche di vigilanza4; in assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

I Suoi dati saranno utilizzati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo5. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.
I Suoi dati verranno trattati, per le connesse attività liquidative, da MA e potranno essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, interni ed esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano6 od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa/liquidativa4, in considerazione anche, ove non obbligatorio per legge, dei legittimi interessi della nostra Società e di tali soggetti a svolgere dette prestazioni ed operazioni in relazione al sinistro che la riguarda. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso7 ,comunque necessario ai fini della gestione e liquidazione del sinistro.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti dal personale incaricato delle strutture della nostra Società e di MA specificatamente autorizzato a trattarli, in qualità di Incaricato, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. A tal fine alcuni di questi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo e, per taluni servizi, a soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa8. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni). L'associazione ANUU Migratoristi – Associazione dei Migratoristi Italiani (in qualità di Contraente della polizza) potrà venire a conoscenza di alcuni dati relativi al sinistro che La riguarda (numero sinistro, tipo danno, numero polizza, tipo tessera, stato sinistro, data sinistro, data denuncia, luogo sinistro, nome, cognome, data nascita, comune nascita, codice fiscale, indirizzo residenza, garanzia, liquidato, attività praticata), con esclusione di dati appartenenti a categorie particolari, al fine di garantire il proprio interesse legittimo a monitorare gli andamenti e i costi della polizza.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Titolare del trattamento dei Suoi dati è Unipol Assicurazioni S.p.A. (www.Unipol.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di Unipol Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@Unipol.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

---

[1] Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualifichino come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (v. polizze di responsabilità civile), nonché banche dati consultabili in fase pre assuntiva, assuntiva o liquidativa.

[2] Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo (come la prevenzione delle frodi) e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

[3] Ad esempio, per predisporre la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre Società del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore;; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

[4] Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

[5] Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

[6] In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati dalla Società titolare del trattamento del Suo sinistro, da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti(ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

[7] Resta fermo il trattamento di tali dati, ove indispensabile per specifiche esigenze correlate allo svolgimento di investigazioni difensive e alla tutela giudiziaria di diritti in ambito penale rispetto ad eventuali comportamenti illeciti o fraudolenti.

[8] Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per i rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; altri soggetti o banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

# Norme da seguire in caso di infortunio

## INOLTRO DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia di sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa tramite:

- **portale per la gestione online del sinistro https://www.marshaffinity.it/anuu/Sinistri.aspx**

*oppure*

- **compilazione del presente modulo cartaceo da inviare a mezzo raccomandata A.R. a MARSH S.p.A. - Casella Postale 10227 CPD MILANO ISOLA - 20159 MILANO**

Per permettere una più rapida gestione ed eventuale liquidazione del vostro sinistro è consigliato denunciare l'infortunio attraverso il portale https://www.marshaffinity.it/anuu/Sinistri.aspx

## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA

***(Barrare le caselle relative ai documenti allegati)***

☐ Fotocopia tessera nazionale ANUU

☐ Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali firmato

☐ Fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria

☐ Fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare la diagnosi, la prognosi e l'eventuale confezionamento di apparecchi ortopedici immobilizzanti

**Se il sinistro è avvenuto durante l'attività venatoria**

☐ Copia tesserino venatorio

☐ Copia del Porto d'Armi

☐ Copia dell'autorizzazione ai sensi di Legge (per tutte le attività di caccia relative ai piani di controllo della fauna effettuate nei periodi di silenzio venatorio)

☐ Copia dell'autorizzazione alla battuta di caccia e relativo elenco partecipanti (se il sinistro risulta avvenuto durante una battuta di caccia a ungulati)

**Se il sinistro è avvenuto durante l'addestramento del cane**

☐ Copia del Tesserino Z.A.C. e relativo regolamento

**Se il sinistro è avvenuto durante la ricerca di tartufi**

☐ Copia dell'autorizzazione per la ricerca dei tartufi

**Se il sinistro è avvenuto durante l'attività di pesca**

☐ Copia della licenza di pesca

## APPENA POSSIBILE L'INFORTUNATO DOVRA' INVIARE

- In caso di ricovero ospedaliero: copia conforme cartella clinica
- Certificati recanti date di confezionamento e rimozione di tutori ortopedici immobilizzanti
- Altra documentazione medica
- Certificato di guarigione e di chiusura infortunio debitamente compilato e sottoscritto dal medico curante e/o certificato di guarigione clinica attestante la presenza o meno di postumi invalidanti – fondamentale ai fini della chiusura dell'istruttoria -

**In caso di decesso allegare sempre (oltre a quanto sopra indicato):**

- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia storico (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa
- Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione