

CARD - RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI

Ex art. 141 capo terzo e artt. 145, 148, 149 capo quarto, titolo decimo, del Codice delle Assicurazioni, nonché ex DPR del 18 luglio 2006, n°254

Io sottoscritto/a (cognome)		(nome)	
domiciliato/a a			provincia
in via/piazza		n° civico	CAP
telefono fisso	cellulare	e-mail	
codice fiscale			
coordinate bancarie per accredito risarcimento – nome istituto di credito:			
ABI	CAB	C/C	CIN
in qualità di			
<input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Trasportato			
tipo veicolo	targa	stato immatricolazione	
intestato al sig./sig.ra (cognome)		(nome)	
domiciliato/a a			provincia
in via/piazza		n° civico	CAP
telefono fisso	cellulare	e-mail	
assicurato con la Compagnia		polizza n°	
condotto, al momento del sinistro, dal sig./sig.ra (cognome)			(nome)
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili:			
.....			
.....			
dichiaro			
di aver subito un sinistro in data (gg/mm/aaaa)			
in (luogo accadimento)			Provincia
Compilare in caso non si allegli il modello di constatazione amichevole di incidente - modulo blu - o denuncia di sinistro			
Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità:			
.....			
.....			
Il sinistro si è verificato per responsabilità del conducente del veicolo sotto indicato:			
tipo veicolo	targa	stato immatricolazione	
intestato al sig./sig.ra (cognome)		(nome)	
domiciliato/a a			provincia
in via/piazza		n° civico	CAP
telefono fisso	cellulare	e-mail	
assicurato con la Compagnia		polizza n°	
condotto, al momento del sinistro, dal sig./sig.ra (cognome)			(nome)
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili:			
.....			
.....			

al sinistro hanno assistito come testimoni:

dati anagrafici testimone 1 (con indirizzo e telefono)

.....

dati anagrafici testimone 2 (con indirizzo e telefono)

.....

E' intervenuta la seguente Autorità Pubblica:

pertanto, chiedo

il risarcimento dei danni alle cose danneggiate ed informo che, per gli eventuali accertamenti, le stesse resteranno a disposizione per otto giorni non festivi consecutivi, a decorrere dalla data di ricezione della presente, in orari lavorativi, dalle ore (:) alle ore (:) al seguente indirizzo:

.....

Oppure per appuntamento previa telefonata al numero

il risarcimento dei danni fisici subiti. Preciso che, in occasione del predetto sinistro, io sottoscritto/a ho riportato le seguenti lesioni personali:

.....

.....

allego certificazione medica

allego certificazione medica di chiusura con o senza postumi

mi riservo di fornire successivamente ogni informazione in proposito, nonché di allegare documentazione, ai fini della formulazione della richiesta di risarcimento

Preciso, al riguardo, che:

sono nato/a il (gg/mm/aaaa)

ho diritto alle prestazioni da parte del sotto indicato Istituto che gestisce assicurazioni sociali obbligatorie:

.....

non ho diritto alle prestazioni da parte di alcun Istituto che gestisce assicurazioni sociali obbligatorie

svolgo l'attività di

ed ho un reddito annuo di € (da ultima dichiarazione o presunto)

allego consulenza medico-legale - compenso € non allego consulenza medico-legale

ALLEGO CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE DEBITAMENTE COMPILATA A FIRMA CONGIUNTA

ALLEGO CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE DEBITAMENTE COMPILATA A FIRMA SINGOLA

ALLEGO DENUNCIA DI SINISTRO

Timbro ricevuto dell'Agenzia

Luogo e data

Firma del denunciante
(obbligatoria)

Informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni (di seguito chiamata Legge)

Informativa

I – Utilizzo dei dati personali per finalità assicurative

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da **TUA Assicurazioni S.p.A.**, in qualità di Titolare del trattamento, allo scopo di:

- dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela e, qualora necessario, ridistribuire il rischio mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie (ad esempio normativa in materia di antiriciclaggio, di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa) ed esercitare azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Tali dati sono strettamente necessari per poter dar corso alle finalità sopra indicate e si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti il rischio o il servizio assicurato ivi compresi eventuali dati personali sensibili, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento sinistri.

Il consenso che Le chiediamo al trattamento dei Suoi dati personali è necessario per poter dar corso alle finalità indicate.

II – Modalità d'uso e circolazione dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dai responsabili e dagli incaricati preposti dal Titolare e da altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stesso e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati o di loro competenza. Taluni di questi soggetti sono società del Gruppo Cattolica Assicurazioni.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione (*indicati nei contatti o scelti dall'interessato*) e riassicurazione, società di assicurazione (*indicate nei contatti o scelte dall'interessato*) e riassicurazione; istituti di credito (*indicati nei contatti o scelti dall'interessato*); consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per nostro conto o per conto dell'interessato quali legali, periti e medici (*indicati nei contatti o scelti dall'interessato*); centrali operative per le prestazioni connesse con il ramo Assistenza; società gestinarie dei sinistri Protezione Legale; cliniche mediche (*indicate nei contatti o scelte dall'interessato*); imprese di riparazione danni (*indicate nei contatti o scelte dall'interessato*); società di revisione (*indicate nei bilanci societari*); società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali (*indicate sul plico postale*); società di servizi investigativi.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi pubblici e/o privati: ANIA, ISVAP, CONSAP – Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici, UIC - Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (*ad esempio: INPS, INAIL, ecc.*), altri organismi consortili specialistici propri del settore assicurativo (*ad esempio: CARD – Convenzione tra Assicuratori per il Risarcimento Diretto, Concordato Cauzione e Credito, ecc.*), Autorità Giudiziaria e di Pubblica Sicurezza, altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione dei Suoi dati personali a queste categorie di soggetti terzi ed i trattamenti da essi effettuati per lo svolgimento delle operazioni loro affidate o di loro competenza. Tale consenso è necessario per poter dar corso alle finalità indicate.

III – Diritti dell'interessato

I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto, ai sensi delle disposizioni di legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Inoltre hanno il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, gli interessati si potranno rivolgere al **Centro di Competenza Privacy e Sicurezza delle Informazioni di Gruppo**, presso **Società Cattolica di Assicurazione** in Lungadige Cangrande n. 16, 37126 - Verona (VR), oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni

Per poter dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese l'eventuale redistribuzione del rischio, la gestione dei sinistri e l'assistenza alla clientela, adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ed esercitare azioni a tutela dell'attività assicurativa e preso atto delle informazioni ricevute in relazione al trattamento dei miei dati personali, **esprimo il consenso a TUA Assicurazioni S.p.A.**, ed ai **soggetti terzi indicati nell'informativa**:

ad utilizzare i miei dati personali, eventualmente compresi quelli sensibili, a comunicarli ai soggetti terzi specificati nell'informativa ed a trasferirli all'estero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Luogo e data: N. documento (polizza o sinistro):

L'interessato Nome e cognome (leggibile)

Firma

.....

.....