

ALLIANZ LLOYD ADRIATICO S.P.A.
AGENZIA
PARMA

Convenzione sanitaria n. 722561641

CARIPARMA

DIPENDENTE (cognome e nome).....
CODICE FISCALE
INDIRIZZO CAP
CITTA' PROV.
RECAPITO TEL. E-mail

Coordinate bancarie **FORMATO IBAN** :

PAESE	CK	CIN	ABI	CAB	C/C
IT					

Persona assicurata per la quale si richiede il rimborso della prestazione erogata

Cognome e nome :

SI ALLEGA DICHIARAZIONE COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO (ALL. 1)

AVVERTENZE:

- Allegare certificato di **DIAGNOSI DELLA MALATTIA**
- In caso di ricovero allegare Copia della Cartella Clinica
- *Inoltrare le fatture al più presto e comunque non oltre 24 mesi dalla data di emissione*

Allegati: Data prima fattura:
n° fatture

Fattura n°	€	Fattura n°	€	Fattura n°	€

n° fatture in fotocopia

Diagnosi della malattia

Copia della cartella clinica (per tutte le prestazioni relative a ricoveri)

altro.....

SINISTRO COLLEGATO A GARANZIA DIRETTA CLINICA AMICA

SI DICHIARA DI NON POSSEDERE ULTERIORI COPERTURE RAMO MALATTIA

SI POSSIEDE ULTERIORE COPERTURA RAMO MALATTIA POLIZZA n°

COMPAGNIA

il presente modulo, nonché l'informativa privacy e richiesta di consenso allegate, devono essere firmati sia dal dipendente denunciante sia dal familiare per il quale è richiesto il rimborso (per i minori deve firmare chi esercita la patria potestà)

Data

Firma (del dipendente)

Nome e cognome del familiare interessato _____ Firma _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA
COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COD. QUALIFICA

Elenco codici di qualifica

- 1 – Dipendente/Dipendente in quiescenza o aderente al Fondo di solidarietà
- 2 - Coniuge convivente o convivente "more uxorio" risultante da "stato di famiglia" **fiscalmente a carico**
- 3- Figlio convivente risultante da "stato di famiglia" **fiscalmente a carico**
- 4 - Figlio di coniugi separati anche non convivente ma **fiscalmente a carico**
- 5 – Figlio di età massima 26 anni diversa residenza **fiscalmente a carico**
- 6 - Coniuge non legalmente separato con diversa residenza **fiscalmente a carico**
- 7 - Coniuge convivente o convivente "more uxorio" risultante da "stato di famiglia" **non fiscalmente a carico**
- 8 - Figlio convivente risultante da "stato di famiglia" **non fiscalmente a carico**
- 9 - Coniuge non legalmente separato con diversa residenza **non fiscalmente a carico**

Data

Firma (del dipendente)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVAMENTE ALL'ATTIVITA' DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo dell'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹. La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che la riguardano.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI²

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da Allianz S.p.A., da Società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, in particolare procedere all'attività di liquidazione dei sinistri;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;

anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Le chiediamo quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, in particolare del servizio di liquidazione dei danni che La riguardano. Per i servizi o prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione di sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Per tale finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda pertanto anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendo ad Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20112 Milano o al numero verde 800686866.

Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto od in parte. Alcuni dati poi devono essere Comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio. Così pure i suoi dati devono essere da noi comunicati, per obbligo di legge, ad enti ed organismi pubblici, quali Isvap - Consap - Casellario Centrale Infortuni - UIC - Motorizzazione civile - Enti gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

MODALITÀ D'USO DEI DATI.

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi, in particolare il servizio di liquidazione dei sinistri, i prodotti e le informazioni da Lei richieste, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica e di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia ed all'estero, ed ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o "dell'incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento.

Si tratta in modo particolare di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz e della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società, quali legali periti e medici, autofficine, centri di demolizione autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui sono affidate la gestione, la liquidazione, ed il pagamento dei sinistri, centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nel plico postale, società di revisione e di consulenza; società di comunicazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione tra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo ad Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20122 Milano o al numero verde 800686866, ove potrà conoscere anche la lista dei responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo pertanto riguarda anche la trasmissione a queste categorie od il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la redistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi.

Lei ha il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha anche il diritto di aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁵.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi ad Allianz S.p.A. - Servizio Clienti - Pronto Allianz, C.so Italia 23, 20112 Milano o al numero verde 800686866, fax 02 7216.9145, e-mail privacy@allianz.it (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

1. Art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)
2. Le finalità assicurative richiedono, come raccomandato nella dichiarazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.
3. Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.
4. Sono considerati sensibili i dati relativi ad es. al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali, alle Sue convinzioni religiose (art. 4 comma 1, lett. d) del codice in materia di protezione dei dati personali.
5. Questi diritti sono previsti dall'art.7 del codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione ed il blocco riguarda i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi si presuppone motivo legittimo.

Data _____

Nome e cognome dell'interessato _____ Firma per consenso _____

Nome e cognome del familiare interessato _____ Firma per consenso _____

Per i minori deve essere apposta la firma di chi esercita la patria potestà