

MODULO DENUNCIA SINISTRO

Polizza BCCProSalute

(da inviare a mezzo fax al n. 800-334431 oppure
all'indirizzo e-mail sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it)

Prestazione Sottocritta A B C

Denunciante:.....
Nome:.....
Cognome:.....
Residenza:.....
Numero telefono:.....

titolare della polizza in oggetto
 soggetto legittimato a presentare denuncia per conto dell'assicurato:

Numero polizza (**allegare documenti di polizza**):
L'evento si è verificato nel Comune di alle ore.....
Descrizione sintetica dell'evento:
.....
.....

Garanzia richiesta:

- RSM (rimborso spese mediche) per Grande Intervento Chirurgico
- RSM (rimborso spese mediche) per Ricovero e interventi in genere
- RSM (rimborso spese mediche) per Visite Specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali

Documenti da allegare distinti per garanzia

Rimborso Spese mediche

documenti giustificativi a fondamento della richiesta di rimborso (Es notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura che ha fornito prestazioni)

Grande intervento Chirurgico e Interventi Chirurgici

certificato di dimissioni con indicazione della diagnosi e la tipologia di intervento chirurgico rilasciato dall'Ospedale presso il quale l'assicurato è rimasto degente;

Visite Specialistiche, Esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali

documenti a fondamento della richiesta (es: notule e prescrizioni mediche per esami di laboratorio e esami diagnostici - onorari medici per visite specialistiche o per consulti - visite neurologiche - documenti ospedalieri che prescrivono esami di alta diagnostica - spese per parto);

Note eventuali:

.....
.....
.....

Luogo Data

Firma del denunciante

.....

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 11 D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni)

I Suoi dati personali, compresi quelli sensibili, forniti da Lei o da altri per Suo conto, sono utilizzati da BCC Assicurazioni, Compagnia del Gruppo Cattolica Assicurazioni, in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per la gestione del sinistro che la riguarda, con le modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo indicato. Senza i Suoi dati personali – alcuni dei quali sono obbligatori per legge – la Compagnia potrebbe non essere in grado di effettuare correttamente la gestione e liquidazione del danno.

I suoi dati personali, compresi quelli sensibili relativamente al danno fisico, saranno trattati da collaboratori della Compagnia e dell'Agenzia interessate dal Suo sinistro e della Società Cattolica Services S.c.p.A. che è incaricata della gestione e liquidazione dei sinistri, nonché da altri soggetti esterni al Gruppo, in taluni casi operanti all'estero, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano e specificamente autorizzati. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, nei casi e con le modalità previste dalla legge. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

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 dei responsabili per i trattamenti, può rivolgersi al Centro di Competenza Privacy 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 dell'art. 23 D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni)

da sottoscrivere ed allegare alla Denuncia solo nel caso di Sinistro con danno fisico

Ho preso atto delle informazioni ricevute in relazione al trattamento dei miei dati personali e sono consapevole che, ai sensi della Legge, il mio consenso al trattamento di tali dati è necessario per la gestione del sinistro.

Autorizzo quindi la BCC Assicurazioni S.p.A. ed i soggetti indicati nell'informativa:

ad utilizzare i miei dati personali, 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. sinistro:

L'INTERESSATO	Nome e cognome (leggibile)	Firma
.....