

POLIZZA INFORTUNI CISL SCUOLA N. 64794709

Da trasmettere via fax entro 30 giorni dalla data di accadimento del sinistro a:

OneBroker srl
Via La Marmora 53 FIRENZE 50121 Ufficio Sinistri fax 055 55.35.433

Dati Personali dell'Assicurato

COGNOME E NOME

RECAPITO TELEFONICO

		/
--	--	---

E-MAIL

--

DATA DI NASCITA

SESSO

CODICE FISCALE

	M	F																	
--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO

C.A.P.

COMUNE

PROV.

--	--	--	--

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NUMERO DOCUMENTO

RILASCIATO DA

IN DATA

			/	/
--	--	--	---	---

STRUTTURA CISL SCUOLA DI APPARTENENZA

INDICARE SE INSEGNANTE, PERSONALE DIRETTIVO O AMMINISTRATIVO

--	--

E-MAIL, TELEFONO E FAX DELLA STRUTTURA CISL SCUOLA DI APPARTENENZA

--

DATA DI ACCADIMENTO DELL'INFORTUNIO

LUOGO DI ACCADIMENTO DELL'INFORTUNIO

ORA

/	/	
---	---	--

Descrizione dell'evento (chiara e breve narrazione delle circostanze che hanno dato luogo al sinistro, delle cause che l'hanno provocato e delle immediate conseguenze):

Allegare alla presente:

1. I consensi al trattamento Dati Personali, Comuni e Sensibili (Legge n. 196/2003 sulla Privacy);
2. Fotocopia della tessera di iscrizione alla CISL Scuola;
3. Fotocopia della busta paga relativa al mese precedente l'infortunio (dalla quale risulti la trattenuta della contribuzione sindacale).

In caso di:

Morte da Infortunio dichiarazione del Dirigente Scolastico che attesti la causa di servizio, certificato di morte, copia del referto dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria da cui si possono rilevare le precise circostanze del decesso, copia del referto autoptico e eventuale cartella clinica; certificato sostitutivo dell'atto di notorietà o, in caso di eredi testamentari, copia autenticata del testamento o, in caso di eredi minori, dichiarazione del Giudice Tutelare.

Invalidità Totale e Permanente Grave dichiarazione del Dirigente Scolastico che attesti la causa di servizio, relazione del medico legale inclusa la diagnosi dell'invalidità superiore al 30% della tabella INAIL/1965, debitamente comprovata da documentazione clinica da allegare alla denuncia.

Spedire a:

OneBroker srl Via La Marmora 53 FIRENZE 50121 - Ufficio Sinistri

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Nel rispetto della normativa vigente, La informiamo che la CISL SCUOLA (Contraente della polizza) e la OneBroker srl (Intermediario) tratteranno i dati personali contenuti nella presente denuncia, o acquisiti in relazione alla liquidazione del sinistro, con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi richiesti anche qualora, a tal fine e per obbligo di legge, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'Estero. Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o Incaricati dei trattamenti suddetti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento dei dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'Ufficio dei Responsabili dei soggetti indicati in premessa o presso il rappresentante legale degli stessi e può essere messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta ai responsabili ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, al seguente numero di fax:

ONEBROKER SRL, Fax 055 55.35.433

Titolari del trattamento sono:

- CISL SCUOLA
- OneBroker Srl, i cui dati anagrafici sono riportati nell'intestazione della presente lettera, la quale dichiara di aver redatto il D.P.S.S. e di aver adottato tutte le misure minime di sicurezza come previsto dall'allegato B del D.Lgs. 196/2003 (codice privacy) in materia di trattamento dei dati personali. Dichiara altresì che l'informativa completa è consultabile on-line all'indirizzo internet www.onebroker.it.

_____ /i _____

firma dell'Assicurato o del Beneficiario _____