

**Modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia sinistro
Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia e Operatori Socio Sanitari**

RC Professionale Lloyd's

Gentile Assicurato,
per poter denunciare il sinistro, La invitiamo a compilare il presente questionario e trasmetterlo **entro 9 giorni** dall'avvenuta conoscenza del sinistro unitamente a **tutta** la documentazione richiamata al punto 12 del presente documento al seguente indirizzo mail:

ita_financial_lines_claims@willis.com

E' possibile altresì inviare una raccomandata A/R al seguente indirizzo:

**Willis Italia S.p.A.
Via Padova 55
10152 Torino**

Per qualsiasi informazione relativa ai sinistri è possibile contattare il numero 02 83798254

Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all'argomento del contendere.

Per cortesia compilare in stampatello

1. DATI ANAGRAFICI DELL' ASSICURATO (da compilare obbligatoriamente)

Nome																
Cognome																
Indirizzo											N° Civico					
CAP							Città						Prov			
Data di nascita		/		/		Indirizzo email*										
Codice fiscale																
Recapito telefonico						Recapito telefonico secondario										

* è fondamentale fornire indirizzo e-mail al quale verranno inviate tutte le comunicazioni

2. POLIZZA CHE L'ASSICURATO VUOLE ATTIVARE*

RC Professionale Lloyd's*	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------

* E' FONDAMENTALE ALLEGARE COPIA DEL CERTIFICATO ASSICURATIVO SOTTOSCRITTO, COPIA DEL MODULO DI ADESIONE SOTTOSCRITTO, COPIA DEI DOCUMENTI CHE ATTESTANO IL PAGAMENTO DEL PREMIO (ES. CONTABILI DI BONIFICO)

3. INQUADRAMENTO CONTRATTUALE DELL'ASSICURATO

<input type="checkbox"/> Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
<input type="checkbox"/> Dipendente di struttura Privata
<input type="checkbox"/> Libero Professionista

4. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO

Tipo polizza	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

5. SINISTRO

In data (__/__/____) il sottoscritto è venuto a conoscenza per la prima volta di

Comunicazione scritta contenente una richiesta di risarcimento o notificata a seguito di un comportamento professionale colposo

Avviso di Garanzia

Altro (specificare):

6. DATA DI ACCADIMENTO DELL'EVENTO LESIVO

Data Evento	
--------------------	--

7. DATI DELLA STRUTTURA IN CUI E' AVVENUTO L'EVENTO LESIVO*

Denominazione			
Indirizzo Struttura			
Referente Ufficio Legale / Assicurativo			
Recapito telefonico		Fax	
Indirizzo email			
Tipologia Struttura	<input type="checkbox"/> Azienda Ospedaliera <input type="checkbox"/> Clinica Privata convenzionata con il SSN <input type="checkbox"/> Clinica Privata non convenzionata con il SSN <input type="checkbox"/> Ambulatorio Medico <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____		

* dato obbligatorio

8. COPERTURE ASSICURATIVE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DELL'ASSICURATO

Tipo polizza	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

9. DATI RELATIVI AL DANNEGGIATO*

Nome							
Cognome							
Indirizzo						N° Civico	
CAP					Città		Prov
Data di nascita	/	/			Indirizzo email		
Codice fiscale							
Recapito telefonico				Recapito telefonico secondario			

* è obbligatorio inserire almeno Nome e Cognome

10. INDICAZIONE DEL LEGALE EVENTUALMENTE INCARICATO

Legale incaricato dalla Struttura di appartenenza

Legale di fiducia incaricato dall'Assicurato

Nome	
Cognome	
Indirizzo Studio	
Telefono	
Fax	
Indirizzo email	

11. INDICAZIONE DEL PERITO EVENTUALMENTE INCARICATO

Perito incaricato dalla Struttura di appartenenza

Perito di fiducia incaricato dall'Assicurato

Nome	
Cognome	
Indirizzo Studio	
Telefono	
Fax	
Indirizzo email	

12. ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE

Copia del Certificato di polizza sottoscritto

Copia di documentazione attestante il versamento del premio assicurativo (es. contabili di bonifico) sia per l'annualità in corso che per le precedenti

Copia del Modulo di adesione polizza RC Professionale sottoscritto

Copia dell'Atto notificato all'Assicurato

- Relazione dell'Assicurato sui fatti ed eventuale propria valutazione;
 - Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto ad informare dei fatti la Struttura Ospedaliera;
 - Copia della comunicazione di nomina di fiduciario legale e/o peritale indirizzata alla Struttura di appartenenza in attivazione della Copertura Assicurativa a tal fine stipulata dall'ente stesso per conto dell'Assicurato o ai sensi del CCNL;
 - Copia della dichiarazione, da farsi rilasciare dalla Struttura, di apertura del sinistro sulle polizze di RC e Tutela Legale della Struttura stessa;
 - Polizza RC Professionale stipulata personalmente con **altri** Assicuratori e copia della relativa denuncia di sinistro loro inviata;
 - Polizza RCT/O Struttura Sanitaria (se disponibile);
 - Polizza Tutela Legale stipulata personalmente con **altri** Assicuratori e copia della relativa denuncia di sinistro loro inviata;
 - Dichiarazione di non possedere altre Coperture Assicurative di RC Professionale e Tutela Legale Penale stipulate personalmente;
 - Altro (specificare):
-

L'Assicurato - consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa - dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

Luogo _____ Data ____/____/____ Firma _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è rivolto all'espletamento delle attività connesse alla gestione dei sinistri in relazione alla copertura assicurativa a Suo/Vostro favore. L'attività di trattamento è quindi finalizzata a dare esecuzioni agli obblighi contrattuali in relazione ai servizi offerti dalla Società, nonché all'adempimento degli obblighi imposti dalla legge, dai regolamenti e dai provvedimenti delle autorità competenti in relazione alla gestione dei sinistri. In relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente il trattamento potrebbe anche riguardare dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" per il cui trattamento la legge richiede il Suo/Vostro specifico consenso, che tuttavia è obbligatorio al fine della gestione dei sinistri ed è stato oggetto di autorizzazione generale da parte del Garante per la protezione dei dati personali.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice;

a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma 1, lett. a), del Codice;

b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

c) è svolto direttamente dall'organizzazione del Titolare e da soggetti terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione. A tal riguardo, Vi informiamo che l'attività di gestione dei sistemi di Information Technology e dei database di Willis Italia sarà effettuata a livello di gruppo Willis dalla società Willis North America Inc. con sede in Nashville, che si occuperà, tra l'altro, dei servizi di data hosting, IT security systems, electronic mail services, back-up e archiviazione. Inoltre, Willis North America Inc. potrà fornire assistenza a Willis Italia S.p.A. ovvero alle altre società del gruppo Willis in relazione ad alcune attività connesse e strumentali alle finalità per cui i dati personali sono stati raccolti e successivamente trattati dal Titolare. In conformità all'art. 44, lett. b) del Codice, Willis Italia ha stipulato con Willis North America Inc. le cd. "clausole contrattuali standard" per il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, ai sensi della Decisione n. 2010/87/EU della Commissione Europea, fatta propria dal Garante per la protezione dei dati personali con autorizzazione generale del 27.5.2010. Copia delle clausole contrattuali standard potrà essere rilasciata dalla Società su richiesta dell'interessato.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali per le finalità citate è:

a) obbligatorio in base alla legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, la normativa in materia antiriciclaggio e antifrode);

b) strettamente necessario alla esecuzione dei rapporti giuridici in essere per la gestione e liquidazione dei sinistri.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, ovvero al fornire il proprio consenso al trattamento degli stessi comporta l'impossibilità per la Società di gestire le successive fasi relative alla liquidazione dei sinistri, nonché di adempiere agli obblighi di legge.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; pubbliche amministrazioni, società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (AIBA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, Banca d'Italia, UIF, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio IVASS e UIF).

Inoltre i dati personali possono essere comunicati a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) e a società di servizi specializzate in servizi informatici e di archiviazione, anche con sede all'estero e fuori dall'Unione Europea.

In ogni caso, i dati personali saranno trasferiti nel rispetto delle "clausole contrattuali standard" alla società Willis North America Inc, con sede in Nashville per la gestione dei servizi di Information Technology meglio descritti al punto 2).

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice e quanto previsto all'interno delle clausole contrattuali standard stipulate con la società del Willis North America Inc..

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice, del trattamento è Willis Italia S.p.A., nella persona del Suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Tortona, 33 - 20144 Milano

Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del Codice, è l'Ufficio Compliance con sede in Via Tortona, 33, 20144 Milano – Italia - telefono n. +39 02 477 87 503 – fax n. +39 02 477 87 497, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare (Responsabili ed Incaricati).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice:

ACCONSENTO / IAMO

1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 della medesima informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE).

Firma per presa visione dell'Informativa e per il rilascio del consenso al trattamento indicato ai punti 1 / 2 / 3	Luogo e data
--	--------------

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.