



# DICHIARAZIONE DI EVENTI ACCIDENTALI RIENTRANTI NELL'AMBITO DELLE GARANZIE DI CONTRATTO



ASSICURAZIONI E INVESTIMENTI

Da inviarsi completato in caso di sinistro entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza a:

- 1. AXA Assicurazioni – Ag.1212 – Alla cortese attenzione di Pier Giovanni COLOMBO**  
Via Brisa,7 – 20123 Milano – Fax 02 72002925; Tel. 02 86453416; email: [pgc@colomboassicurazionisas.it](mailto:pgc@colomboassicurazionisas.it) e [info@colomboassicurazionisas.it](mailto:info@colomboassicurazionisas.it) , [colombo@pec.colomboassicurazionisas.it](mailto:colombo@pec.colomboassicurazionisas.it)
- 2. SSI Ufficio Assicurazioni – Alla cortese attenzione di Cristina DONATI**  
Tel. 335 5434002; email: [assicurazioni@socissi.it](mailto:assicurazioni@socissi.it), [assicurazioni@pec.socissi.it](mailto:assicurazioni@pec.socissi.it)

Contratto sottoscritto presso l'AXA Assicurazioni SpA con il numero 109061/109062 dalla SSI

N.B.: SCRIVERE TUTTO IN STAMPATELLO (ANCHE L'INDIRIZZO E-MAIL)

DATI INCIDENTE			
Data dell'incidente:		Ora	
Luogo preciso:			
VITTIMA DELL'INCIDENTE			
Cognome:	Nome:		
Nato a:		il:	
Indirizzo:			
CAP:	Città:	Email:	
☎ casa :	☎ ufficio :	☎ cellulare :	
Email:	Professione: Lavoratore dipendente ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Natura delle ferite: (allegare un certificato medico)			
Ha un'invalidità permanente anteriore all'incidente? <input type="checkbox"/> NO / SI <input type="checkbox"/> di che tipo?			
È iscritto al servizio sociale sanitario Italiano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		È iscritto al servizio sociale sanitario di un Paese Straniero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
L'assicurato usufruisce di altre assicurazioni per il medesimo rischio? <input type="checkbox"/> NO / SI <input type="checkbox"/> quale?			
In caso il sinistro si sia verificato all'estero, è stato attivato il Mod. E101 del S.S.N.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Socio SSI ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Nome dell'Associazione:		N. Telefonici:	
Indirizzo:			
Opzione assicurativa: Annuale base <input type="checkbox"/> Annuale plus <input type="checkbox"/> Giornaliera: <input type="checkbox"/> n. Tagliando:			

**CIRCOSTANZE PRECISE DELL'INCIDENTE**

--

**IN CASO DI DANNI CAUSATI A TERZI**

Cognome del terzo:	Nome:
Indirizzo:	
Natura dei danni:	

**RICERCA E SALVATAGGIO** SI  NO

Quale autorità è intervenuta ? <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Altra autorità: Quale?
Nome o Indirizzo:

**CHI HA CAUSATO L'INCIDENTE ?**

Cognome:	Nome:
Indirizzo:	
Socio SSI ? <input type="checkbox"/> SI / NO <input type="checkbox"/>	Ha aderito alla ns. Polizza? <input type="checkbox"/> SI / NO <input type="checkbox"/>

**EVENTUALI TESTIMONI (da compilare sempre: come primo nominativo indicare il responsabile dell'uscita)**

Cognome	Indirizzo	Telefono
Nome	CAP - Città	email
	-	
	-	
	-	

Compilato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
 Firma dell'infortunato

**NB- Tutte le richieste di rimborso relative a spese mediche, protesi o altri trattamenti che derivano dalle ferite conseguenti all'incidente dovranno essere inviate alla AXA ASSICURAZIONI SPA – Sig. Pier Giovanni COLOMBO a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando gli originali dei documenti di rimborso, entro un termine massimo di 30 giorni a partire dalla data del rilascio degli stessi.**

**Nota Informativa Art. 13 D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di dati personali) ed autorizzazione n. 3 del 2004 del Garante per la protezione dei dati personali sensibili.**

Per rispettare la legge sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti (artt. 7 e 146 D.Lgs. n. 196/2003). SSI, per fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in suo favore previsti, deve acquisire o già detiene dati personali che La riguardano. Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per uso interno della Società Speleologica Italiana – Ente del Terzo Settore (SSI-ETS) e per i suddetti servizi assicurativi. Il consenso concerne anche, più specificamente e secondo il particolare rapporto assicurativo, l'attività svolta da soggetti del settore assicurativo operanti in Italia e all'estero che collaborano con noi o da soggetti a cui dobbiamo comunicare i dati (tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"), sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra SSI e AXA Assicurazioni e Investimenti SpA. Per talune attività la SSI-ETS utilizza una società di fiducia che svolge per suo conto compiti di natura tecnica ed organizzativa. Senza i Suoi dati non potremmo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte. 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, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco o di opporsi al loro trattamento. Può rivolgersi per tutto ciò alla Unità per la tutela della privacy della SSI-ETS con sede in Via Zamboni 67 40126 Bologna e sede amministrativa in via Mattei 98, 40138 Bologna o via mail all'indirizzo info@socissi.it. Per l'informativa completa si rimanda alla pagina <http://www.speleo.it/site/index.php/iscrizione>.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.

Firma: \_\_\_\_\_