IGS CLAIMS MANAGEMENT

DICHIARAZIONE DI INFORTUNIO DA PARTE DEL DOCENTE

Sicurezza Scuola

La presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

ISTITUTO SCOLASTICO			
Intestazione:	**VIA ADUA-SEVESO**		
Indirizzo:	**VIA ADUA 41/43**		
Telefono:	**0362502894**	Fax:	**000000000000000**
Cod. Ministeriale:	**mbic86300b**	Cod. Fiscale:	**83011280159**
E-mail:	**MBIC86300B@ISTRUZIONE.IT**		

N. Pol. infortuni/R.C./assistenza Chubb European Group SE.:				**ITBSTR03521**	
Data effetto:	**05/10/2023**	Data scadenza:	**05/10/2024**	Periodo di assicurazione:	**05/10/2023-05/10/2024**

Data Sinistro:	**Ora:**	**Luogo:**
Il sottoscritto **Cognome:**	**Nome:**	**Data di nascita:**
Al momento del fatto in servizio presso la scuola: (indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)		

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome:		**Nome:**	
Nato a:	**il:**	**Residente in Via:**	
CAP:	**Città:**	**Prov:**	**Classe/sezione:**

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data:	**Alle ore:**

AL RIGUARDO DICHIARA

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo:

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	**Nome:**
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	**Recapito Tel:**

- Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone:

Cognome:	**Nome:**
Indirizzo (Via/Città/Cap/Pr):	**Recapito Tel:**

- Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)

- Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/Nome/Via/Recapito Tel/Qualifica professionale)

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

LUOGO E DATA

FIRMARE QUI

(Luogo e Data) **(Firma dell'Insegnante)**

Gestione Liquidazione Sinistri: *I.G.S. S.r.l* Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
Tel +39.0773.457901 - Fax 0773.019867
Internet: www.sicurezzascuola.it – E-mail: sinistri@sicurezzascuola.it

benacquista assicurazioni

DOC-PRV

Informativa breve sul Trattamento dei Dati Personali **N. SINISTRO**

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento - trattiamo i dati personali da Lei forniti o raccolti e che possono riguardare anche soggetti minori di età rispetto ai quali lei dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale, tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro. Resta inteso che nel caso di dati relativi a minori Lei è tenuto a dichiarare di esercitare la responsabilità genitoriale nei confronti del minore cui si riferiscono i dati forniti. I dati che potranno essere da noi trattati sono dati personali quali nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, o dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati così come, previo Suo consenso, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti allo stato di salute (di seguito tutti insieme i "**Dati**") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni specifica richiesta. Per lo svolgimento delle predette finalità amministrative, contabili e contrattuali, i Dati che fornirà potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte. Lei ha diritto di accedere ai Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali. L'Informativa completa sul trattamento dei suoi Dati da parte di Chubb, con l'indicazione delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link https://www2.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.aspx. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com

Consenso al trattamento di dati personali generali e appartenenti a categorie particolari

Preso atto di quanto sopra e dell'Informativa completa disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it , La informiamo che, nell'ambito dell'attività di valutazione, gestione e liquidazione di un sinistro, potremmo essere tenuti ad acquisire ed esaminare, previo consenso, determinate informazioni inerenti allo stato di salute che ci impegniamo a trattare nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nella sopra citata Informativa.
Lei può decidere liberamente se prestare o meno il consenso al trattamento dei Dati appartenenti a categorie particolari e segnatamente ai dati riferiti alla salute, tuttavia in caso di mancato consenso, potremmo non essere in grado di gestire la richiesta di indennizzo. Lei ha, altresì, il diritto di revocare il consenso in ogni momento. Nel caso il trattamento si riferisca a dati di un soggetto minore di 18 anni Lei dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore barrando la seguente casella:

☐ Barrare la casella nel caso di fornitura di dati di un minore di anni 18 per confermare di esercitare la responsabilità genitoriale.

☐ **Barrare la casella e compilare i campi sottostanti per indicare il consenso all'utilizzo, da parte di Chubb, dei Dati relativi alla salute per le finalità sopra indicate. Il mancato consenso comporta l'impossibilità per Chubb di trattare i suddetti.**

LUOGO E DATA

_____

Dati identificativi dell'interessato (Nome e Cognome) e dell'esercente la responsabilità genitoriale nel caso l'interessato sia un minore di 18 anni.

_____

(firma) _____

Le chiediamo inoltre di compilare la sezione sotto indicata ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa sull'antiriciclaggio:

C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data e luogo di nascita _____