

# FNP - CISL

## INDENNIZZO RICOVERO PER INFORTUNIO

### MODULO PER LA DENUNCIA

N.B. Il modulo va compilato solo in seguito a ricovero per infortunio e **consegnato possibilmente entro 30 giorni** dalla data di dimissione dall'Istituto di cura pubblico o privato

#### Dati Personali

COGNOME E NOME	RECAPITO TELEFONICO
/	/

DATA DI NASCITA	SESSO
/ /	M   F

INDIRIZZO	C.A.P.	COMUNE	PROV.

CODICE FISCALE																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NUMERO DOCUMENTO	RILASCIATO DA	IN DATA

DATI VALIDI AI SENSI DELLA LEGGE 197/1995

DATA ACCADIMENTO DELL'EVENTO
/ /

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

DATA INIZIO RICOVERO	DATA DI DIMISSIONE	1° ricovero	2° ricovero	3° ricovero
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

SONO PREVISTI ALTRI RICOVERI PER QUESTO EVENTO?	SI	NO
Se SI, indicare per quando ____/____/____ ed i giorni di ricovero previsti _____		

NOME ED INDIRIZZO DELL'ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O PRIVATO
<i>Il sottoscritto autorizza il medico curante e/o l'Istituto di cura che lo hanno visitato e curato a fornire alla FNP - CISL tutte le informazioni inerenti il suo stato di salute, che questi ritengano necessarie per la definizione dell'indennizzo.</i>

<p>Allegare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fotocopia tessera FNP/CISL (o documento attestante l'iscrizione)</li> <li>2) Copia conforme all'originale della cartella clinica completa</li> <li>3) Modulo per il consenso al trattamento dei dati personali (Legge N. 675/96 sulla Privacy) e consegnare a: <b>FNP/CISL Via Castelfidardo, 47 - 00185 ROMA Tel. 06/448811</b></li> </ol>
--

DATA ____/____/____	FIRMA
---------------------	-------

Mod. CI/97/030P - 01/99



UNIONVITA  
Assicurazioni per la vita

## Consenso al trattamento dati personali comuni e sensibili

---

Preso visione dell'informativa allegata ed ai sensi degli articoli 11, 20, 22 e 28 della legge 31 dicembre 1996 n.675,

### **acconsento**

- ▼ al trattamento dei dati personali comuni e sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale
- ▼ alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett.a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett.a), della medesima informativa o obbligatori per legge
- ▼ alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione
- ▼ al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

### **acconsento**

- ▼ al trattamento dei dati personali comuni e sensibili, che mi riguardano, per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

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

Data *(firma)* \_\_\_\_\_

Data *(firma)* \_\_\_\_\_

---

**Inviare il presente modulo e la documentazione allegata a:**  
UNIONVITA S.p.A. – Viale Castro Pretorio n. 124 – 00185 Roma  
Tel. 06/49.21.61 Fax 06/49.21.63.00