



Da inviare tramite e-mail alla casella di posta dedicata sinistripolimi@gamboniassicurazioni.it

Spett.le AXA ASSICURAZIONI Gamboni s.r.l. Via Campo di Marte, 13 d/e - 06124 Perugia (PG)

# **DENUNCIA INFORTUNIO STUDENTI**

AXA ASSICURAZIONI S.P.A AG. GAMBONI S.R.L. (polizza n. 410726517)													
POLITECNICO MILANO													
Parte 1 – Dati dell'assicurato													
Cognome e Nome dell'assicurato													
Ruolo (specificare)													
Codice Fiscale													
Data e luogo di nascita:													
Indirizzo di residenza:													
Telefono cellulare													
Indirizzo E-mail													
Medico Curante													
CODICE IBAN DELL'ASSICURATO													
		***************************************				000000000000000000000000000000000000000				000000000000000000000000000000000000000	000000000000000000000000000000000000000		
arte 2 – Dati relativi all'infortunio													
Infortunio accaduto in data / ora:													

_									
	Breve ma completa descrizione delle circostanze in con e sono derivate	ui è avvenuto l'infortunio e delle lesioni evidenti che							
-	E'stato necessario l'immediato intervento	No 🗆							
	dei sanitari (intervento del 118)?								
	In caso di risposta affermativa fornire breve descrizione dell'intervento								
Pa	arte 3 – Documentazione medica								
	Certificato Medico rilasciato da uno dei seguenti sogget	□ PRONTO SOCCORSO □ MEDICO CURANTE							
-	Esiste altra documentazione medica?	Sì No No							
	Edicto dilla documentazione medica.								
	In caso di risposta affermativa allegare documentazione precisando la tipologia dei documenti								
	addamentazione predicando la apologia dei documenta								
L									
	OTA BENE: Il presente modulo di denuncia deve essere compilato	in ogni sua parte – la descrizione delle							
••	circostanzedell'infortunio deve essere breve ma compi modo chiaro cosa sia effettivamente accaduto all'assic	eta in particolare deve permettere di individuare in							
2.	Il presente modulo di denuncia deve essere inviato, unitamente alla documentazione medica, tramite e-mail alla casella di posta elettronica dedicata sinistripolimi@gamboniassicurazioni.it								
3.	Per essere considerata valida e quindi inoltrata alla Co	Per essere considerata valida e quindi inoltrata alla Compagnia è necessario allegare al presente modulo:							
	) il certificato medico attestante l'obiettiva constatabilità delle lesioni conseguenti all'evento denunciato ed ogni successivo referto, certificato, prescrizione attestante il protrarsi dell'invalidità;								
	ulteriore certificazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti derivanti dall'infortunio denunciato;								
	c) l'"Informativa e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 679/2016" (allegato al presente modulo) compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'infortunato/ assicurato.								
Da	ata,/Firma del	dell'assicurato							



# Informativa Privacy generale AXA sul trattamento dei dati personali dei clienti

# Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati.

## Per quali scopi e su quali basi i dati sono trattati?

### a) Finalità assicurativa

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa, incluse attività antifrode, statistiche, tariffazione, analisi e studi, invio di comunicazioni di servizio. I dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto. Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.

#### b) Finalità commerciali e di marketing

I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.

In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.

Specifichiamo, inoltre che, anche senza un suo espresso consenso, potremo utilizzare il contatto di posta elettronica che ci ha fornito in occasione della fruizione di nostri servizi per la vendita diretta di nostri prodotti o servizi analoghi a quelli già acquistati. Il trattamento dei dati si basa sul legittimo interesse di AXA, nel rispetto dei diritti dell'interessato che può opporsi in qualsiasi momento.

#### c) Attività di profilazione

Potremo svolgere attività di profilazione, per analizzare i dati personali, prodotti, servizi, le caratteristiche dell'interessato, con lo scopo di rilevare comportamenti e preferenze, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, per ottenere vantaggi personalizzati, formulare offerte che tengano conto dei risultati di tali analisi e migliorare l'offerta dei nostri prodotti per renderla maggiormente in linea con i bisogni dell'interessato. Il trattamento dei dati è facoltativo e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.

In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di accedere a vantaggi personalizzati, ricevere offerte in linea con i suoi bisogni.

### Modalità di trattamento

I suoi dati personali saranno trattati con modalità manuali ed automatizzate, ivi incluse eventuali decisioni automatizzate (es.al fine di valutare e predisporre i preventivi, gestire alcune fasi del rapporto assicurativo) e tecniche di data science.

#### A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori;
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare o come titolari autonomi (es. società partner, società che
  gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari, Cassa Assistenza
  Assicurazioni AXA e società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.

# Da dove vengono i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.

### Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.

Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.

Per le attività di profilazione, il termine massimo è di 12 mesi dalla raccolta.

# Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito **www.axa.it**. Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI (ART. 7 REGOLAMENTO UE 2016/679)

Il	sottoscritto (Nome e Cognome / Denominazione sociale)			
D	ichiara di:			
-	Aver preso visione dell'informativa privacy sintetica di cui al p	oresente do	ocumento e di averne ricevuta co	pia.
-	Acconsente al trattamento dei propri dati sensibili per finalità (il consenso è obbligatorio per l'esecuzione del contratto)		sicurativo (lettera <b>a</b> dell'informat	iva)
	(it consenso e obbligatorio per t esecuzione dei contratto)	, □ SI	NO	
-	Acconsente al trattamento dei propri dati non sensibili per fir dell'informativa)	nalità comn	nerciali e di marketing (lettera <b>b</b>	
		□ SI	NO	
-	Acconsente al trattamento dei propri dati non sensibili per at	tività di pro	ofilazione (lettera <b>c</b> dell'informat	iva)
		□ SI	NO	
D	ata/			
		Firma		