

**POLIZZA N. 2016.30.300039 SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC. COOP**

Io sottoscritto/a nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di Iscritto al Sindacato Fimmg, firmatario dell'ACN,

**AUTORIZZO E DELEGO**

La/Il Sig./ra \_\_\_\_\_ incaricata/o del Sindacato Fimmg,  
firmatario dell'ACN, all'invio dei dati da me forniti per la comunicazione alla Compagnia, della documentazione  
allegata e/o della richiesta di informazioni relative all'iter della pratica di:

- Apertura sinistro       Seguito / Ulteriore documentazione sinistro nr. \_\_\_\_\_  
 Chiusura sinistro nr. \_\_\_\_\_

Consapevole che ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei  
dati personali, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, ovvero di formazione e  
uso di atti falsi, di cui al dpr 445/2000, allego:

- modulo denuncia malattia/infortunio  
 modulo continuazione malattia/infortunio  
 modulo chiusura malattia/infortunio con o senza postumi  
 n. \_\_\_\_\_ certificato/i medico/i  
 Cedolini ASL relativi ai mesi di \_\_\_\_\_  
 Dichiarazione/i ASL: n. \_\_\_\_\_  
     Settore Assistenza Primaria     Settore Continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale  
 Fattura/e in originale n. \_\_\_\_\_  
 lettera ASL conferimento dell'incarico  
 calendario turni  
 Perizia medico legale \_\_\_\_\_  
 Certificato     ricovero     Day Hospital     prestazione oncologica     day surgery  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

.....FIRMA del Medico

Allego alla presente copia del documento di identità: \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_ valido fino al: \_\_\_\_\_

Allego alla presente copia del documento del delegato Fimmg: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da: \_\_\_\_\_ valido fino al: \_\_\_\_\_

Fimmg Provinciale di \_\_\_\_\_

delega n. \_\_\_\_\_

**Informativa riguardante il trattamento dei dati personali**  
(ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679)

I dati personali (quali ad esempio i dati anagrafici, codice fiscale, indirizzo, domicilio, recapiti telefonici, ecc.), anche eventualmente riferiti a terzi, compresi quelli sensibili, da Lei forniti o da altri per suo conto, sono utilizzati dallo scrivente Sindacato (la cui sede e dati identificativi, Lei trova indicati nella carta intestata), esclusivamente per la realizzazione e facilitazione delle attività di monitoraggio della gestione del sinistro (gestione che rimane, in ogni caso, unicamente in capo alla Compagnia assicuratrice e di esclusiva responsabilità di quest'ultima), nonché delle attività strumentali connesse a tale compito di monitoraggio, quali quelle inerenti la sollecitazione di tutti i compiti funzionali alla tutela dei suoi diritti. Senza i suoi dati personali – il conferimento di alcuni dei quali può essere obbligatorio per legge, come ad esempio nel caso del codice fiscale – il Sindacato potrebbe non essere in grado di effettuare correttamente l'attività di monitoraggio della gestione del sinistro in suo favore al fine di conseguire una più celere e utile definizione dello stesso.

Si precisa che il Sindacato non effettua alcuna attività di gestione e liquidazione del danno derivante dal sinistro, attività che rimangono di esclusiva competenza della Compagnia assicuratrice. Si specifica che il Sindacato, in relazione al monitoraggio della gestione del sinistro non svolgerà alcuna attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa né svolgere compiti e funzioni tipici di un soggetto assicuratore. I compiti che il Sindacato svolgerà nel suo interesse sono limitati funzionalmente unicamente ed esclusivamente alla mera realizzazione e facilitazione delle attività di monitoraggio della gestione del sinistro (gestione che rimane, in ogni caso, unicamente in capo alla Compagnia assicuratrice e di esclusiva responsabilità di quest'ultima).

I dati possono essere comunicati per la corretta gestione dei rapporti instaurati ad altri soggetti che saranno coinvolti nella pratica in questione [periti, medici, Autorità giudiziaria, addetti della Compagnia assicuratrice, banche, agenti, subagenti, produttori, broker, intermediari, medici fiduciari, centrali operative di assistenza, consulenti valutatori, accertatori e legali, loss adjuster; società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, e Autorità di Vigilanza e di Controllo competenti; altresì a soggetti che prestano servizi di archiviazione documentale, di tutela legale, al contraente di polizza]. Alcuni dati potrebbero essere comunicati, per obbligo di legge, a enti e organismi pubblici, quali Ivass, Consap, Casellario Centrale Infortuni, Agenzia delle Entrate, UIC, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

Il trattamento dei dati è eseguito con procedure informatiche o comunque mezzi telematici e/o supporti cartacei ad opera di soggetti, interni od esterni, appositamente designati quali incaricati o Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con piena assicurazione delle misure di sicurezza previste dal legislatore. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità liquidative predette, potrebbero essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, a soggetti che collaborano con la Compagnia assicuratrice e con le altre società del Gruppo Cattolica, nel rispetto degli artt. 42 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

I dati oggetto di trattamento sono conservati dal Sindacato e dalla Compagnia assicuratrice solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività sopra descritte e per adempiere ad obblighi contrattuali nonché previsti dalle leggi e dai regolamenti.

L'interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7, 8, 9, 10 del D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i. e secondo le disposizioni contemplate dal Regolamento UE 2016/679 (quali ad esempio quello di avere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o incaricati, di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati nelle ipotesi previste, ecc.) rivolgendosi al Sindacato (ai riferimenti che trova indicati nella carta intestata) o al Responsabile della Funzione Privacy del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande,16, e-mail [privacy@cattolicaassicurazioni.it](mailto:privacy@cattolicaassicurazioni.it). L'interessato inoltre ha diritto di opporsi al trattamento nei termini e con le modalità previste dalle disposizioni richiamate.

**FIMMG**

**Sede Provinciale di .....**

**Il Segretario Provinciale**

**Dott. ....**

**Io sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_**

**il \_\_\_\_\_ sottoscrivo la presente informativa a sua integrale accettazione**

**Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_**