

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
TUTELA LEGALE**

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 5 giorni preferibilmente a mezzo email all'indirizzo: [sinistri-uilfpl@easy-caresrl.it](mailto:sinistri-uilfpl@easy-caresrl.it)

*Si raccomanda l'osservanza di quanta previsto in polizza rammentando altresì che:*

- L'Assicurato non deve ammettere (la propria) responsabilità né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della Compagnia di Assicurazione.
- Ove pervenga all'Assicurato un atto giudiziario o assimilato (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), tale atto dovrà essere trasmesso esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine.
- EASY CARE S.R.L. non è una Compagnia di Assicurazione, e pertanto - in caso di eventuali contestazioni in merito al sinistro - non risulta essere soggetto legittimato passivo, poichè EASY CARE S.R.L. svolge esclusivamente l'attività di intermediario assicurativo.

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
TUTELA LEGALE

**1) DATI DELL'ASSICURATO**

Cognome		
Nome		
Cadice fiscale/Partita IVA	Data di nascita	
Indirizzo	IN. civico	
Comune	:CAP.	:Provincia*
Cellulare		
Indirizzo email		

**N.B.:** Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate all'indirizzo email sopra indicato

**1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE-ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA**

RUOLO (ad es. : primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.): \_\_\_\_\_

REGIME

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia (A1)   | <input type="checkbox"/> extramoenia (B3)       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata (A2) | <input type="checkbox"/> non convenzionata (B2) |
| <input type="checkbox"/> libero professionista (B1)      |   |   |

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE LAVORA ATTUALMENTE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata?  sì  no

In caso di cessazione dell'attività, specificare:

Data: \_\_\_\_\_ Motivo: (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso) \_\_\_\_\_

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO: \_\_\_\_\_

**1B) ATTIVITA' PROFESSIONALE - AI MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO**  
**(da compilare solo se diverso da quanta sopra)**

RUOLO (ad esempio: primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.): \_\_\_\_\_

REGIME

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia (A1)   | <input type="checkbox"/> extramoenia (B3)       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata (A2) | <input type="checkbox"/> non convenzionata (B2) |
| <input type="checkbox"/> libero professionista (B1)      |   |   |

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
TUTELA LEGALE

**IC) COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO**  
**TUTELA LEGALE**

**allegare:**

- \* Copia della tessera UIL fpl
- \* Copia documento da cui risulti trattenuta sindacale (busta paga), del mese precedente a quello di accadimento del sinistro

**1D) ALTRE COPERTURE DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO**

TIPO POLIZZA	NUMERO Polizza	COMPAGNIA	DECORRENZA		SCADENZA		MASSIMALE	DATA DENUNCIA PRESENTE SINISTRO
			/	/	/	/		
			/	/	/	/		

- Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l' Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante ea secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.
- In caso di Sinistro, l'Assicurato **è** tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

**2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO**

**2A) DATI DEL DANNEGGIATO**

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Indirizzo	
Recapito telefonico/cellulare	
Nome del legale del danneggiato (se incaricato)	
Studio del legale e recapito telefonico	

**2B) DATA DEL FATTO CONTESTATO**

- Data dell'evento (atto/fatto contestato): \_\_\_\_\_
  - Data di prima conoscenza dell'atto/fatto contestato, e/o di notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di terzi : \_\_\_\_\_
  - Fatto contestato e ammontare richiesto (se conosciuto): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Contestazione pervenuta (es.: comunicazione della Struttura Sanitaria ex Legge n. 24 deW8 marzo 2017, richiesta di risarcimento danni, messa in mora, surroga, mediazione, atto di citazione, ricorso per ATP o altra misura cautelare urgente, informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale, invito a dedurre della Corte dei Conti, ecc.): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 3) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

*LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA*

Cognome e Nome/Studio	
Indirizzo studio	
Indirizzo email	
Telefono/Cellulare	FAX

*CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA*

Cognome e Nome/Studio  
Indirizzo studio  
Indirizzo email  
Telefono/Cellulare FAX

### 4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ASSICURATO

*LEGALE DI FIDUCIA*

Cognome e Nome/Studio	
Indirizzo studio	
Indirizzo email	
Telefono/Cellulare	FAX

*CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)*

Cognome e Nome/Studio	
Indirizzo studio	
Indirizzo email	
Telefono/Cellulare	FAX

NB: nel caso in cui l' Assicurato provveda direttamente e autonomamente all'incarico di un professionista per la Sua difesa e tutela, i professionisti eventualmente scelti dall'Assicurato devono essere ratificati dalla Compagnia di Tutela Legale, che sosterrà le spese per un legale e un perito/consulente tecnico solo a condizione che le stesse siano coperte ed espressamente garantite in polizza.

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
TUTELA LEGALE

**5) DOCUMENTI/ DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA**

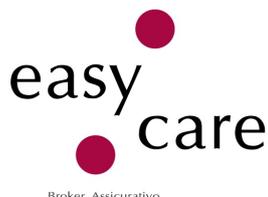
- Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto, inclusa copia del documento Privacy Easy Care S.r.l. firmato e sottoscritto
- Copia di eventuali ulteriori polizze di Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
- Copia del documento con cui l'Assicurato è venuto per la prima volta a conoscenza del fatto contestato, ovvero della richiesta di risarcimento danni, atto di messa in mora e/o atti giudiziari (mediazione, atto di citazione, ATP, avviso di garanzia, ecc.) che sono all'origine della presente denuncia
- Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
- Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
- Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto a informare dei fatti la Struttura Ospedaliera nonché a richiedere la manleva alla Struttura quale soggetto giuridico che, ai sensi di legge e/o dei CCNL, risponde in suo nome e per suo canto dell'attività professionale al suo interno espletata
- Copia della comunicazione di nomina del fiduciario legale e/o peritale indirizzata alla Struttura con richiesta di patrocinio legale, ovvero assunzione a carico della Struttura di ogni onere relativo alla difesa legale e peritale
- Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Tutela Legale della Struttura
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**6) DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO**

- *L'Assicurato dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole che eventuali omissioni false dichiarazioni e/o reticenze possono pregiudicare l'operatività di polizza;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole di non dover ammettere proprie responsabilità definire o liquidare danni, procedere a transazioni e/o accordi oppure sostenere spese, senza il preventivo consenso scritto degli Assicuratori;*
- *In caso di sinistro, l'Assicurato è consapevole di doverne dare avviso scritto a tutti gli Assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri.*

Data \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

EASY CARE S.R.L. società unipersonale (per brevità Easy Care S.r.l.), con sede legale in Viterbo (01100), Via Belluno n. 69, CF e P.IVA 02067130563 (in seguito, " Titolare"), in qualità di titolare del trattamento, , La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

### 1. Oggetto del Trattamento

Il Titolare potrà trattare i seguenti Dati Personali:

- Dati Personali: nome, cognome, ragione sociale, indirizzo, telefono, e-mail, sesso, stato civile, dati sul nucleo familiare, data e luogo di nascita, datore di lavoro ecc.;
- Informazioni finanziarie: situazioni patrimoniali, bilanci e altre informazioni di carattere finanziario necessario per la valutazione dei rischi;
- Rischio assicurato: informazioni sul rischio assicurato contenenti Dati Personali che possono includere, solo per quanto riguarda l'assolvimento dell'incarico, anche categorie particolari come: Dati sanitari (condizioni sullo stato di salute ed abitudini personali rilevanti); Dati dei casellari giudiziari.

Tutte le informazioni sopraindicate possono includere anche dati dei dipendenti e familiari.

I dati verranno trattati in modo legittimo e nel rispetto dei principi di trasparenza, minimizzazione e proporzionalità.

Il conferimento dei dati ed il Suo consenso al trattamento dei medesimi è necessario per la conclusione dell'incarico di brokeraggio ed intermediazione in campo assicurativo, pertanto il mancato, parziale o inesatto conferimento di tali dati, come anche il mancato consenso al trattamento, rende impossibile la conclusione dello stesso.

### 2. Finalità del trattamento

I dati personali sono trattati per le finalità connesse all'esecuzione dell'incarico ricevuto dal Cliente, nell'ambito della normale attività di brokeraggio e intermediazione nel campo assicurativo svolta da EASY CARE SRL, come di seguito sommariamente descritte:

- per esigenze preliminari alla stipulazione dei contratti;
- per la conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti assicurativi;
- per la gestione e liquidazione di sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa;
- per l'adempimento degli obblighi di legge e regolamenti, nazionali e comunitari, o da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge;
- per finalità di tutela del credito per la prevenzione e l'individuazione di frodi assicurative;
- per esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;
- per effettuare promozioni e/o vendita di nuovi prodotti e servizi assicurativi e previdenziali;
- per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti.

### 3. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato. EASY CARE SRL adotta misure di sicurezza fisiche, elettroniche e procedurali adeguate alla sensibilità delle informazioni in suo possesso. Tali misure variano a seconda della tipologia e delle caratteristiche delle informazioni e comprendono misure volte a proteggere i Dati Personali contro l'accesso non autorizzato. Le misure di sicurezza includono firewall, controlli degli accessi, separazione delle funzioni e altri protocolli di sicurezza analoghi. L'accesso ai Dati Personali è limitato al personale e ai soggetti terzi autorizzati da EASY CARE SRL che hanno necessità di accedere per il perseguimento dell'incarico assicurativo.

Il Titolare tratterà i dati personali il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e li conserverà secondo quanto previsto dalle normative vigenti. Decorsi i termini di conservazione i dati sono distrutti, cancellati o resi anonimi.

### 4. Accesso ai dati

I Suoi dati potranno essere resi accessibili:

- ai dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni o esterni del trattamento, autorizzati ad eseguire le attività necessarie per l'assolvimento dell'incarico e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative oppure, nel caso di responsabili esterni che abbiano fornito anche una adeguata e valida informativa sul proprio sistema di sicurezza dei dati.
- ad altri soggetti esterni operanti in qualità di titolari quali a titolo esemplificativo: Compagnie di Assicurazione, Periti e liquidatori, Studi Legali, altri intermediari assicurativi professionali, gestori e consulenti di sistemi informatici e software gestionali, ecc.

Resta inteso che ogni titolare esterno sopra descritto dovrà comunicare la propria informativa al Cliente ed acquisirne il consenso da parte di quest'ultimo.

I Suoi dati non saranno diffusi.

### 5. Trasferimento dati

Se necessario i dati potranno essere trasferiti all'estero in paesi extra-UE, nel rispetto degli articoli 45, 46 e 47 del DGPB.

### 6. Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del GDPR.

In particolare gli interessati possono chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali che li riguardano (art.15) e la rettifica (art.16) o la loro cancellazione (art. 17), o la limitazione del trattamento (art.18) che li riguardano, o di opporsi al loro trattamento (art.21), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20). Gli interessati hanno altresì il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Gli interessati possono proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o vi lavorano o nello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

### 7. Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i Suoi diritti inviando:

- una raccomandata a.r. alla Sede Operativa della EASY CARE SRL – 01100 VITERBO Via Della Ferrovia n. 40.
- una e-mail all'indirizzo [consulenza@easy-caresrl.it](mailto:consulenza@easy-caresrl.it).

### 8. Titolare, responsabile e incaricati

Il Titolare del trattamento è EASY CARE SRL con sede legale in Via Belluno 69 – 01100 Viterbo (VT).

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

residente in (Comune) \_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_ (PR) \_\_\_\_\_

(Via) \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_, (Codice Fiscale) \_\_\_\_\_

(Tel n.) \_\_\_\_\_ (Cell. N.) \_\_\_\_\_ (E-mail) \_\_\_\_\_

presa visione dell'Informativa Privacy sopra riportata, consapevole che il mio consenso è revocabile in qualsiasi momento:

- esprimo il consenso al trattamento dei dati, ivi compresi quelli idonei a rilevare dati particolari, per le finalità connesse all'attuazione dell'incarico espresse nel precedente punto 2.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_