

## Modulo di Denuncia per Ricovero Ospedaliero

Si prega di compilare il modulo di denuncia nel modo più accurato e dettagliato possibile e di apporre le firme richieste negli appositi spazi in modo da poter esaminare la richiesta nel più breve tempo possibile. Nel caso in cui la compilazione del modulo dovesse risultare incompleta saremo costretti a rinviarlo con conseguente ritardo nella gestione del sinistro.

Dati personali del Contraente (Titolare della Polizza indicato nella Tabella Indennizzi)	
Numero di Polizza.....	
Nome e cognome.....	Data di nascita <input type="text"/> GG/MM/AAAA
Indirizzo.....	Città..... CAP.....
Numero di telefono..... E-mail.....	
Professione.....	
Dati personali della persona richiedente (se diversa dal Contraente)	
Nome e cognome..... Data di nascita <input type="text"/> GG/MM/AAAA	
Indirizzo..... Città..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
Professione..... Rapporto di parentela con il Contraente.....	
Dati medici	
Nome dell'ospedale.....	
Indirizzo..... Città..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
Ammissione <input type="text"/> GG/MM/AAAA <input type="text"/> HH:MM / Dimissione <input type="text"/> GG/MM/AAAA <input type="text"/> HH:MM	
Informazioni sul sinistro – Compilare o la parte relativa all'infortunio o la parte relativa alla malattia	
Infortunio	
Quando è avvenuto l'infortunio? <input type="text"/> GG/MM/AAAA <input type="text"/> HH:MM	
Dove è avvenuto l'infortunio? .....	
Come è avvenuto l'infortunio?.....	
.....	
.....	
Che tipo di lesioni ha riportato?.....	
.....	
Malattia	
Data in cui si sono manifestati i primi sintomi <input type="text"/> GG/MM/AAAA	
Diagnosi.....Data della diagnosi <input type="text"/> GG/MM/AAAA	
Natura della malattia.....	
Ha mai sofferto di questa malattia in passato? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, indicare le terapie effettuate.....	
.....	
Durante la permanenza in ospedale è stato sottoposto a terapia intensiva? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Se sì, indicare: Ammissione in Terapia Intensiva <input type="text"/> GG/MM/AAAA HH:MM Dimissione <input type="text"/> GG/MM/AAAA HH:MM	

## Richiesta di pagamento dell'indennizzo

Con la presente il sottoscritto / la sottoscritta dichiara di dare il proprio consenso al pagamento che verrà effettuato dalla Stonebridge International Insurance Ltd. conformemente alle informazioni riportate qui di seguito. La Stonebridge è sollevata da qualsiasi responsabilità nei miei confronti risultante dalla polizza.

**NOTA IMPORTANTE:** Il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente dal quale vengono prelevati i premi mensili.

Qualora il pagamento dei premi venga effettuato mediante un altro metodo di pagamento (carta di credito), La preghiamo di compilare il seguente modulo. In tal caso dovrà allegare un documento rilasciato dalla Sua banca, nel quale vengono indicati, oltre ai codici IBAN e BIC/Swift, anche il nome e l'indirizzo completo del titolare della polizza.

IBAN : \_\_\_\_\_  
(27 caratteri)

BIC : \_\_\_\_\_  
(11 caratteri)

Titolare del conto: .....

Nome della banca; .....

Indirizzo.....

Città..... CAP.....

Nome del Contraente/Beneficiario .....

Firma

Data (GG/MM/AAA)

.....

## Modulo di consenso al trattamento dei dati personali e di esonero dall'obbligo del segreto professionale

La compagnia assicurativa Stonebridge fa parte del gruppo Embignell. Ai fini dell'esame della richiesta d'indennizzo e della gestione della polizza è necessario procedere al trattamento delle informazioni raccolte che verranno anche condivise con terzi operanti a nostro nome. Il presente documento delinea le modalità relative all'uso dei dati personali e al rilascio dello specifico consenso all'uso degli stessi. A tal fine è necessario sia il consenso del Titolare della polizza sia il consenso del Richiedente (ossia della persona assicurata vittima di un sinistro).

La preghiamo di leggere accuratamente le condizioni riportate di seguito e di firmare il presente modulo. In mancanza del Suo esplicito consenso alle condizioni enunciate qui di seguito, Stonebridge non potrà procedere all'esame della richiesta. La richiesta d'indennizzo potrà essere sbrigata solo dopo il ricevimento del presente modulo debitamente compilato unitamente al Modulo di Denuncia.

Sono consapevole che firmando la presente:

1. Confermo la veridicità e la completezza delle informazioni da me fornite in questa sede e in qualsiasi altro documento di supporto alla presente richiesta d'indennizzo. Prendo atto che qualunque tentativo di frode, falsa dichiarazione od occultamento comporterà l'immediata cancellazione della polizza e la perdita di tutti i diritti relativi ad eventuali indennizzi e ai premi assicurativi versati.
2. Acconsento al trattamento e alla conservazione dei miei dati personali, compresi i dati personali sensibili (ad esempio informazioni mediche) da parte della Stonebridge, ai fini della valutazione e della convalida di richieste d'indennizzo, della gestione della polizza, della prestazione di servizi e della prevenzione di frodi. Sono cosciente del fatto che, i miei dati potrebbero essere condivisi con altri membri del Gruppo Embignell e con terzi operanti a nostro nome, nel Regno Unito e all'estero, inclusi paesi al di fuori dello Spazio Economico Europeo.
3. Sono consapevole di poter negare o revocare il mio consenso al trattamento dei miei dati personali relativi alla presente richiesta d'indennizzo, nonché del mio diritto di richiedere la modifica o la cancellazione di eventuali imprecisioni, pur nella consapevolezza che ciò potrebbe ripercuotersi negativamente sulla capacità da parte della Stonebridge di procedere alla gestione della richiesta d'indennizzo da me presentata.

Autorizzo inoltre con la presente tutti i medici da me consultati per eventuali visite o terapie, così come imprese assicurative, enti assicuratori e autorità competenti a rilasciare a Stonebridge o ai suoi rappresentanti informazioni relative alla mia salute e condizione fisica e psichica passata e presente ed anche qualsiasi ulteriore informazione fosse necessaria al disbrigo della richiesta d'indennizzo.

Qualsiasi copia della presente autorizzazione ha lo stesso valore dell'originale.

Titolare della polizza

Richiedente (l'Assicurato)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del Titolare della polizza (in stampatello)

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del Richiedente (in stampatello)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Data