

## Modulo di Denuncia per Disabilità Totale e Permanente

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. Una parte del modulo dovrà essere compilata da un medico. Nel caso in cui la compilazione del modulo dovesse risultare incompleta saremo costretti a rinviarlo con conseguente ritardo nella gestione del sinistro.

<b>Dati Personali del Contraente (Titolare della Polizza indicato nella Tabella Indennizzi)</b>	
Numero di Polizza.....(spazio per lettere/numeri – 12 caratteri)....	
Nome e cognome.....	Data di nascita <input type="text"/> GG/MM/AAAA.
Indirizzo..... Città ..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
Professione.....	
<b>Dati personali della persona richiedente (se diversa dal Contraente)</b>	
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.....	
<b>Dati medico</b>	
Nome del medico curante.....	
Indirizzo..... Città..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
Nome del medico specialista (se è stato consultato).....	
Indirizzo..... Città..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
<b>Dati infortunio</b>	
Quando è avvenuto l'infortunio? <input type="text"/> GG/MM/AAAA HH:MM	
Dove è avvenuto l'infortunio?.....	
Come è avvenuto l'infortunio?.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Indicare le lesioni riportate.....	
.....	
<b>Dati professione</b>	
Indicare la professione svolta prima dell'infortunio che ha causato la disabilità .....	
.....	
Indicare la data d'interruzione del lavoro <input type="text"/> GG/MM/AAAA	
Nome del datore di lavoro(se esistente).....	
Indirizzo..... Città..... CAP.....	
Numero di telefono..... E-mail.....	
Si prega di allegare una descrizione della professione esercitata, nel caso in cui la descrizione non fosse disponibile descrivere qui di seguito in maniera dettagliata le mansioni svolte.....	
<b>Dati disabilità</b>	
<b>Indicare la disabilità con perdita funzionale permanente (barrare l'opzione corretta):</b>	

Tetraplegia                      Paraplegia

Perdita dell'uso di:

Udito in entrambe le orecchie              Vista da un occhio              Linguaggio              Vista in entrambi gli occhi

Perdita permanente, totale e irreversibile dell'uso funzionale di un'intera e specifica articolazione o di un intero arto a causa di:

- distacco
- paralisi
- incapacità di movimento

Dito intero	Alluce intero	Altro dito del piede per intero	
Spalla	Gomito	Anca	Caviglia
Ginocchio	Polso	Gamba	Braccio

Altro.....  
 .....  
 .....

**Disabilità totale e permanente**

Indicare se non sarà più in grado di esercitare qualsiasi tipo di attività professionale per il resto della Sua vita    Sì  No

Se sì, indicare la data della dichiarazione relativa da parte dell'INPS  GG/MM/AAAA

Specificare quanto indicato nella dichiarazione rilasciata dall'INPS.....  
 .....  
 .....

## 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