

## Denuncia sinistro

(tutti i campi sono obbligatori, scrivere in stampatello)

### Dati generali Assicurato

Numero Polizza

Cognome e Nome

Codice fiscale/P.IVA

Targa

Indirizzo, Cap, Prov.

Recapito telefonico

E-mail

### Dati del Conto Corrente

IBAN

### Dati del sinistro

Data, ora e luogo del sinistro

Dinamica del sinistro

Descrizione del danno

Carrozeria di fiducia

Presenza di testimoni oculari **SÌ**  **NO**

Se **SÌ** indicarne nome, cognome, luogo e data di nascita, indirizzo

Estremi testimone 1

Estremi testimone 2

Presenza di un verbale **SÌ**  **NO**

Data del verbale

L'Assicurato ha ragione **SÌ**  **NO**  **NON SO**

Danni veicolo controparte **SÌ**  **NO**

Intervento forze dell'ordine **SÌ**  **NO**  Se **SÌ** quali  **Polizia**  **Carabinieri**  **Polizia Municipale**  **WVFF**

Comando

### Dati della Controparte

Cognome e Nome

Codice fiscale/P.IVA

Indirizzo, Cap, Prov.

Recapito telefonico

Grado di parentela con l'Assicurato (se esistente)

Tipo veicolo

Targa

Compagnia

## Dati Constatazione amichevole di incidente

Modulo CAI compilato	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Modulo CAI firmato da entrambe le parti	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Urto tra veicoli	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Danni materiali ad altri veicoli oltre A e B	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collisione causa terzi (soggetti/veicoli)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Compilare la sezione mettendo una X soltanto nelle caselle utili alla descrizione, come indicate nel modulo di Constatazione amichevole, che dovrà essere firmato e allegato al presente documento.

Veicolo A Assicurato	<b>Circostanze dell'incidente</b> <i>(Mettere una X soltanto nelle caselle utili alla descrizione)</i>			Veicolo B Controparte
<input type="checkbox"/>	1	In fermata/In sosta	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	Ripartiva dopo una sosta/Apriva una portiera	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	Si accingeva a sostare	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	Usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	Entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	Si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	Circolava su una piazza a senso rotatorio	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	Tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	Procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	Cambiava fila	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	Sorpassava	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	Girava a destra	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	Girava a sinistra	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	Retrocedeva	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	Invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	Proveniva da destra	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	Non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17	<input type="checkbox"/>

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa. Mi impegno inoltre, qualora dovessero verificarsi cambiamenti, a darne comunicazione a AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A.

Luogo e data

L'Assicurato/Beneficiario

Numero allegati



# INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA



## Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. (di seguito "AMAD"), 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. 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.



## Modalità di trattamento

I dati sono trattati con modalità manuali ed automatizzate, incluse eventuali decisioni automatizzate (es. al fine di valutare e predisporre 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 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, contraente delle polizze, 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.**



## Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, **l'interessato può scrivere a:** AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. - c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA - e-mail: [privacy@axa.it](mailto:privacy@axa.it).

Per proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; [protocollo@gpdp.it](mailto:protocollo@gpdp.it)



## 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



## Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza o sul sito <https://www.axa-mps.it/privacy>



**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e delega alla gestione dei dati e dei documenti necessari alla gestione della polizza sanitaria**

<b>I sottoscritti, ricevuta e letta l'Informativa sulla "Privacy" sopra riportata relativamente alle finalità assicurative, ACCONSENTONO al trattamento dei propri dati personali per le finalità assicurative e, in caso di minore, DELEGANO il contraente a rappresentarli nella gestione della polizza</b>						
N°	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI  Firma dell'assicurato (*)	DA COMPILARE SOLO PER BENEFICIARI MINORI DI ANNI 18	
					RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DELEGATO	DELEGA AL CONTRAENTE DELEGATO ALLA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONE  Firma del delegante (*)

**(\*) per i beneficiari minori di anni 18, occorre la firma di almeno uno dei genitori.**

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere e si impegna a segnalare tempestivamente eventuali variazioni delle medesime, consapevole che in assenza del consenso al trattamento dei dati per le finalità indicate, fornito da tutti i beneficiari della polizza, la Società non potrà eseguire le prestazioni, i servizi ed i prodotti assicurativi di cui alle polizze rimborso spese mediche.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**NOME e COGNOME del Dichiarante**

\_\_\_\_\_

**FIRMA del Dichiarante**

\_\_\_\_\_