

Polizza Infortuni dei partecipanti ai GSS, Nuovi Giochi della Gioventù, Giosport

PER CHI OPERA LA COPERTURA

La copertura è operante a favore di tutti coloro che risulteranno presenti:

- a. Per GIOCOSPORT E NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU': nell'apposita comunicazione di adesione che gli Istituti Scolastici sono tenuti ad effettuare al Comitato Provinciale del CONI; pertanto tale comunicazione avrà valore quale titolo che da diritto alle prestazioni assicurative;
- b. Per GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI: nell'apposita comunicazione di adesione che gli Istituti Scolastici sono tenuti ad effettuare all'Ufficio Scolastico Provinciale; pertanto tale comunicazione avrà valore quale titolo che da diritto alle prestazioni assicurative.

QUANDO OPERA LA COPERTURA

L'assicurazione, vale per gli infortuni occorsi all'Assicurato durante la partecipazione alle attività sportive relative a: Giochi Sportivi Studenteschi, Giosport, Nuovi Giochi della Gioventù.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro (se lavoratore dipendente) sino al luogo di gara in sede e/o allenamento, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività sportiva e comunque entro 1 (una) ora dall'inizio o termine della gara o allenamento, salvo comprovati e documentati impedimenti.

QUALI SONO LE GARANZIE

Massimali:

Caso morte	€	80.000,00
Caso invalidità permanente	€	120.000,00
Rimborso spese mediche	€	3.000,00

Franchigie:

Invalidità Permanente: Sul capitale assicurato non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art.36 lett. c) non supera il 5%
Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Rimborso Spese Mediche: Il rimborso per le spese di cura a seguito di infortunio viene corrisposto per spese mediche che risultino superiori a Euro 100,00 per evento
Relativamente alle spese per cure fisioterapiche, la garanzia si intende prestata con il limite di € 2.000,00 per anno e per persona ed un massimo di €50,00 per singola prestazione.

COSA FARE IN CASO DI INFORTUNIO

In caso di infortunio compilare il modulo di denuncia (Modulo A) in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dall'accaduto a:

AON S.p.A. Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

L'infortunato dovrà inoltre allegare al suddetto modulo:

- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi.

Polizza Responsabilità Civile verso Terzi dei partecipanti ai GSS, Nuovi Giochi della Gioventù, Giosport

PER CHI OPERA LA COPERTURA

La copertura è operante a favore di tutti coloro che risulteranno presenti:

- c. Per GIOCOSPORT E NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU': nell'apposita comunicazione di adesione che gli Istituti Scolastici sono tenuti ad effettuare al Comitato Provinciale del CONI; pertanto tale comunicazione avrà valore quale titolo che da diritto alle prestazioni assicurative;
- d. Per GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI: nell'apposita comunicazione di adesione che gli Istituti Scolastici sono tenuti ad effettuare all'Ufficio Scolastico Provinciale; pertanto tale comunicazione avrà valore quale titolo che da diritto alle prestazioni assicurative.

Inoltre le coperture sono operanti per il Coni e le Sue strutture Centrali e Periferiche.

QUANDO OPERA LA COPERTURA

La garanzia assicurativa riguarda:

1. Per **Giosport**:
 - 1.1. Le attività di natura sportiva, rivolte alla totalità degli alunni, che si svolgono nel corso dell'ordinario orario curriculare della scuola elementare;
 - 1.2. Gli eventi di Giosport che si svolgono nel corso ed al termine dell'anno scolastico all'interno della scuola ed all'esterno nel caso di partecipazione della scuola stessa alle manifestazioni di livello provinciale;
2. per i **Nuovi Giochi della Gioventù e i Giochi Sportivi Studenteschi**:
 - 2.1. le gare e le manifestazioni delle discipline sportive previste dal progetto tecnico di ciascun programma dei Nuovi Giochi della Gioventù e dei Giochi Sportivi Studenteschi, indette organizzate e svolte in conformità delle norme stabilite dai rispettivi regolamenti tecnici;
 - 2.2. le altre manifestazioni comunque attinenti al programma dei Nuovi Giochi della Gioventù e dei Giochi Sportivi Studenteschi;
 - 2.3. i relativi allenamenti autorizzati e controllati;
 - 2.4. le indispensabili operazioni preliminari e finali relative alle gare, alle manifestazioni, agli allenamenti come sopra specificati, purché il fatto sia avvenuto sui campi, sulle piste, negli impianti, nei locali accessori ed in genere nei luoghi e sui percorsi destinati allo svolgimento dei Nuovi Giochi della Gioventù e dei Giochi Sportivi Studenteschi, compreso il soggiorno degli Atleti partecipanti nelle sedi in cui si effettuano le gare, durante il periodo di durata della relativa trasferta;
 - 2.5. i viaggi, limitatamente agli spostamenti organizzati dal Contraente e dagli altri Enti interessati, in funzione o per i compiti di partecipazione ai Giochi stessi, per portarsi ai luoghi e per tornare dai luoghi delle gare, delle manifestazioni e degli allenamenti e

svolti con mezzi di trasporto pubblici o da noleggio, escluso il mezzo aereo. La copertura per i rischi di viaggio viene estesa ai trasferimenti che gli Atleti partecipanti ai Giochi effettuano con mezzi da impiegare in gara (bicycletta da corsa) per recarsi al luogo ove si svolgono le manifestazioni. Tale garanzia si intende prestata limitatamente al tragitto necessario per portarsi dalla residenza al luogo della gara e ritorno, durante il giorno o i giorni di effettivo svolgimento della gara medesima.

3. per tutti gli **Insegnanti, Docenti, Tecnici ed Ausiliari Sportivi:**

3.1. l'attività prestata nell'ambito di Giosport, dei Nuovi Giochi della Gioventù, dei Giochi Sportivi Studenteschi per le attività di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3.

La Società si obbliga a tenere indenne

- i partecipanti ;
- la Contraente, le sue strutture;
- gli Enti Organizzatori

per quanto siano tenute a pagare ai sensi di legge a titolo di risarcimento capitale, interessi e spese per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'Assicurazione.

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare ai sopracitati soggetti da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 Giugno 1984 nr. 222.

QUALI SONO LE GARANZIE

- **GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI**

Partecipanti

per ogni sinistro	€1.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€1.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€1.000.000,00

Enti Organizzatori

per ogni sinistro	€2.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€2.000.000,00
e per i danni alle cose, anche se appartenenti a più persone di	€2.000.000,00

- **GARANZIA RESPONSABILITÀ VERSO PRESTATORI DI LAVORO**

Coni Strutture Centrali e Periferiche e Enti Organizzatori

per ogni sinistro	€1.000.000,00
ma con il limite per ogni persona danneggiata di	€1.000.000,00

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Compilare il modulo di denuncia responsabilità civile contro terzi (Modulo A) in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dall'accaduto a :

AON S.p.A. Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

ALLEGARE IN COPIA AL MODULO DI DENUNCIA DA INDIRIZZARE ALL’AON S.p.A.

- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;
- eventuale copia del verbale redatto da Giudici di Gara (se l’evento è avvenuto durante una competizione)
- eventuale copia del verbale redatto dall’Autorità intervenuta sul luogo del sinistro.

IL DANNEGGIANTE DOVRA’ INFORMARE IL DANNEGGIATO DI RIVOLGERSI PER INFORMAZIONI SULLA TRATTAZIONE DEL SINISTRO AD AON S.p.A. Tel. 06/77276238 Fax 06/77276280

il danneggiato nel caso di danni a cose dovrà produrre:

- richiesta danni;
- preventivo, fattura o comunque giustificativi spese (in originale);
- fotografie dei particolari danneggiati;
- copia del libretto di circolazione (nel caso l'oggetto danneggiato fosse un autoveicolo);
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;

nel caso di lesioni personali dovrà produrre:

- documentazione medica;
- giustificativi spese mediche (in originale);
- certificato di guarigione;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

A CHI RIVOLGERSI PER QUALSIASI INFORMAZIONE

Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi alla AON S.p.A. ai seguenti numeri telefonici Tel. 06 / 77276238 Fax: 06 / 77276280 od al seguente indirizzo email: infoconi@aon.it

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO CONVENZIONE CONI

In caso di infortunio compilare il modulo di denuncia in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dall'accaduto a:

AON S.p.A. Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

ALLEGARE IN COPIA AL MODULO DI DENUNCIA DA INDIRIZZARE ALL'AON S.p.A.

- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi;
- copia conforme cartella clinica (ove si fosse reso necessario ricovero)

***** ATTENZIONE *****

in mancanza della documentazione sopra evidenziata necessaria ad una corretta valutazione dell'infortunio non sarà possibile dar corso alla Vostra pratica

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- modulo di denuncia debitamente compilato;
- certificato di morte (in originale);
- stato di famiglia (in originale);
- dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
- verbali autorità intervenute;
- cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
- eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
- eventuali articoli di stampa;
- copia del rapporto di gara se l'infortunio e' avvenuto durante una competizione.

**INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA
ALLA AON S.p.A.**

per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi alla:

AON S.p.A.
Tel. 06 / 77276238
Fax: 06 / 77276280

**CONVENZIONE CONI
MODULO DI DENUNCIA INFORTUNI
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)
DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME: _____ NOME: _____

DATI ANAGRAFICI DI NETRAMBI I GENITORI (IN CASO DI MINORE): _____

INDIRIZZO: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

SPECIALITA'/DISCIPLINA SPORTIVA: _____

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – GIOCOSPORT – NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU' – CAS – ALTRA MANIFESTAZIONE
(barrare la disciplina esercitata)

NOME ORGANIZZATORE _____ DATA MANIFESTAZIONE _____

ESTREMI INFORTUNIO

DATA INFORTUNIO _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: _____

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO: _____

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO): _____ IN DATA: _____

QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO?: _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ORGANIZZATORE

ORGANIZZATORE _____ C.A.P.: _____ PROV.: _____

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

TELEFONO: _____ / _____

DATA

TIMBRO E FIRMA

INVIARE A: AON S.p.A. – Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

N.B.: Questo modulo viene utilizzato anche per la ricerca scientifica a fini statistici. Si prega di compilarlo con accuratezza.

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

Generalità ed indirizzo del medico curante.....

.....Tel.....

1) Data della prima assistenza medica..... Da chi è stata presentata.....

2) E' ricoverato?..... Se si dove?.....

3) Causa determinante della lesione.....

4) Tipo di trauma: contusione – ferita – distorsione – lesione dei legamenti – lesione muscolo-tendinea – lussazione – frattura.

5) Sede e descrizione della lesione di cui al punto 4).....

.....
.....

6) Versa l'fortunato in pericolo di vita?.....

7) Eventuali lesioni antecedenti, o infermità, o anomalie fisiche che possono aver influito sulla lesione.....

.....
.....

8) Periodo presumibile di inabilità al lavoro totale: giorni parziale: giorni:.....

9) Può residuare invalidità permanente?.....

10) Accertamenti diagnostici richiesti.....

.....
Cure necessarie.....

.....

Il sottoscritto medico curante dichiara di avere risposto sotto la propria responsabilità alle precedenti domande con scienza, coscienza e verità.

IL MEDICO CURANTE

Data:

AON S.p.A. – Compagnia Assicuratrice

INFORMATIVA

(ai sensi del D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla privacy)

Egregio Assicurato La informiamo che:

- 1) I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire alla AON S.p.A. ed alla Compagnia Assicuratrice, di trattare il Suo sinistro; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o comunque automatizzati;
- 2) Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive forme di Legge, è facoltativo;
- 3) Tuttavia, il mancato assenso al trattamento dei dati personali richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di rendere a Suo favore, in tutto o in parte, il servizio di cui al punto 1) che precede;
- 4) In rapporto al servizio reso, Le sarà richiesta anche la documentazione di dati "sensibili" di cui al D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente Informativa;
- 5) I Suoi dati verranno trasmessi dalla AON S.p.A. alla Compagnia Assicuratrice, e viceversa ed ai loro organi interni; ad Istituti bancari, per agevolare l'esecuzione dei servizi di cui al precedente punto 1) trasmettendo solo ed esclusivamente i dati personali strettamente necessari al fine di poter eseguire gli adempimenti previsti con espressa esclusione dei dati sensibili; a soggetti terzi operanti nel settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; a periti, legali, società che offrono servizi informatici di archiviazione dei dati, organismi associativi (ANIA) e/o consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Casellario Centrale Infortuni e Commissioni di Garanzia dell'Assicurato;
- 6) In relazione al trattamento dei dati personali ha diritto: (a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (b) di essere edotto su nome, denominazione, o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare e del responsabile, finalità e modalità del trattamento; (c) di ottenere a cura del titolare senza ritardo: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora ci fosse interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- 7) Titolari del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Andrea Ponti 8/10 20143 Milano e la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Stalingrado, 45 40128 Bologna;
- 8) Responsabili del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'AON S.p.A. e la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'Unipol Assicurazioni.

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra
 consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. e la
 Compagnia Assicuratrice, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali.

....., li firma
 (firma del genitore in caso di minore)

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra
 consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. e la
 Compagnia Assicuratrice il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

....., li firma
 (firma del genitore in caso di minore)

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI - CONI

Compilare il modulo di denuncia responsabilità civile contro terzi in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dall'accaduto a :

AON S.p.A. Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

ALLEGARE IN COPIA AL MODULO DI DENUNCIA DA INDIRIZZARE ALL'AON S.p.A.

- fotocopia codice fiscale;
- consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;
- eventuale copia del verbale redatto da Giudici di Gara (se l'evento è avvenuto durante una competizione)
- eventuale copia del verbale redatto dall'Autorità intervenuta sul luogo del sinistro.

***** ATTENZIONE *****

IL DANNEGGIANTE DOVRA' INFORMARE IL DANNEGGIATO DI RIVOLGERSI PER INFORMAZIONI SULLA TRATTAZIONE DEL SINISTRO AD AON S.p.A. Tel. 06/77276238 Fax 06/77276280

il danneggiato nel caso di danni a cose dovrà produrre:

- richiesta danni;
- preventivo, fattura o comunque giustificativi spese (in originale);
- fotografie dei particolari danneggiati;
- copia del libretto di circolazione (nel caso l'oggetto danneggiato fosse un autoveicolo);
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto;

nel caso di lesioni personali dovrà produrre:

- documentazione medica;
- giustificativi spese mediche (in originale);
- certificato di guarigione;
- eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi alla:

AON S.p.A.
Tel. 06 / 77276238
Fax: 06 / 77276280

CONVENZIONE CONI
MODULO DI DENUNCIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI
 (DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE

COGNOME: _____ NOME: _____

DATI ANAGRAFICI DI NETRAMBI I GENITORI (IN CASO DI MINORE): _____

INDIRIZZO: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO _____ / _____

NATO A: _____ IL: _____

SPECIALITA' / DISCIPLINA SPORTIVA: _____

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – GIOCOSPORT – NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU' – CAS – ALTRA MANIFESTAZIONE
 (barrare la disciplina esercitata)

NOME ORGANIZZATORE _____ DATA MANIFESTAZIONE _____

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA SINISTRO: _____ GARA/ALLENAMENTO: _____

LUOGO: _____ PROVINCIA: _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: _____

SONO INTERVENUTE AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA? SE SI QUALI?

POLIZIA CARABINIERI VIGILI URBANI DELLA LOCALITA': _____

DANNI PROVOCATI: _____

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO: _____

DATA: _____ LUOGO: _____

FIRMA: _____

DATI DANNEGGIATO

COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO: _____

COMUNE: _____ PROVINCIA: _____ C.A.P.: _____

CODICE FISCALE: _____ TELEFONO _____ / _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ORGANIZZATORE

L'ORGANIZZATORE _____ C.A.P.: _____ PROV.: _____

COMUNE: _____ INDIRIZZO: _____

TELEFONO: _____ / _____

DATA _____ TIMBRO E FIRMA: _____

INVIARE A: AON S.p.A. – Via Claudia, 10 – 00184 ROMA

AON S.p.A. – Compagnia Assicuratrice

INFORMATIVA

(ai sensi del D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla privacy)

Egregio Assicurato La informiamo che:

- 9) I Suoi dati personali sono necessari al fine di consentire alla AON S.p.A. ed alla Compagnia Assicuratrice, di trattare il Suo sinistro; il trattamento dei Suoi dati potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o comunque automatizzati;
- 10) Il conferimento dei Suoi dati personali, salvo che non venga reso obbligatorio da successive forme di Legge, è facoltativo;
- 11) Tuttavia, il mancato assenso al trattamento dei dati personali richiesti, potrebbe comportare l'impossibilità di rendere a Suo favore, in tutto o in parte, il servizio di cui al punto 1) che precede;
- 12) In rapporto al servizio reso, Le sarà richiesta anche la documentazione di dati "sensibili" di cui al D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy; per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso in calce alla presente Informativa;
- 13) I Suoi dati verranno trasmessi dalla AON S.p.A. alla Compagnia Assicuratrice, e viceversa ed ai loro organi interni; ad Istituti bancari, per agevolare l'esecuzione dei servizi di cui al precedente punto 1) trasmettendo solo ed esclusivamente i dati personali strettamente necessari al fine di poter eseguire gli adempimenti previsti con espressa esclusione dei dati sensibili; a soggetti terzi operanti nel settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; a periti, legali, società che offrono servizi informatici di archiviazione dei dati, organismi associativi (ANIA) e/o consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Casellario Centrale Infortuni e Commissioni di Garanzia dell'Assicurato;
- 14) In relazione al trattamento dei dati personali ha diritto: (a) di conoscere, mediante accesso gratuito al registro generale dei trattamenti tenuto dal Garante, l'esistenza di trattamenti di dati che La possono riguardare; (b) di essere edotto su nome, denominazione, o ragione sociale e domicilio, residenza o sede del titolare e del responsabile, finalità e modalità del trattamento; (c) di ottenere a cura del titolare senza ritardo: la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora ci fosse interesse, l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni di cancellazione e/o trasformazione, di aggiornamento e/o rettificazione e/o integrazione dei dati sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- 15) Titolari del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Andrea Ponti 8/10 20143 Milano e la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, con sede in Via Stalingrado, 45 40128 Bologna;
- 16) Responsabili del trattamento sono l'AON S.p.A. in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'AON S.p.A. e la Compagnia Assicuratrice in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, domiciliato presso la sede dell'Unipol Assicurazioni.

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra
 consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. e la
 Compagnia Assicuratrice, il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali.

....., li firma
 (firma del genitore in caso di minore)

Io sottoscritto Preso atto dell'informativa di cui sopra
 consento, ai sensi D. Lgs. N° 196/03 – Testo Unico sulla Privacy e dell'Informativa che precede, all'AON S.p.A. e la
 Compagnia Assicuratrice il trattamento, il trasferimento e la diffusione dei miei dati personali sensibili.

....., li firma
 (firma del genitore in caso di minore)