

Spett.

SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO / SCUOLA
DI _____

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
VIA RAVASI, 2 – 21100 VARESE

E P.C.
UFFICIO SICUREZZA E SOSTENIBILITÀ
SERVIZIO AFFARI GENERALI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ provincia _____ il _____

frequentante l'Università degli Studi dell'Insubria in qualità di _____
(es.: studente, dottorando, titolare di assegno di ricerca, volontario frequentatore, dipendente)

del _____
(es.: denominazione del Corso di Laurea, del Dottorato, del Dipartimento, dell'Ufficio di appartenenza)

Codice Fiscale: _____ matricola universitaria _____

Domicilio: Via/Piazza _____

Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____ E Mail _____

DICHIARA DI AVER SUBITO IL SEGUENTE INFORTUNIO

in data _____ alle ore _____

LUOGO DELL'INFORTUNIO: _____

(se il sinistro è avvenuto presso un Ospedale o altra Struttura indicarne esattamente il nome)

Indirizzo _____ n. _____ cap. _____ Città _____

**NARRAZIONE DEL MODO IN CUI È AVVENUTO L'INFORTUNIO, CAUSE CHE LO HANNO
DETERMINATO E SUE IMMEDIATE CONSEGUENZE**

Nome e indirizzo di eventuali testimoni

Infortuni subiti in precedenza:

- o SI
- o Nessuno

Se sì, indicare la data dell'evento e la diagnosi:

Altre eventuali polizze che possono concorrere alla liquidazione dell'infortunio:

- o SI
- o Nessuna

Se sì, indicare il tipo di polizza e la compagnia assicuratrice:

CHIEDE inoltre che eventuali comunicazioni (es.: richiesta di documentazione, convocazione a visita medica, copia della quietanza), vengano trasmesse all'indirizzo uff.assicurazioni@uninsubria.it e, inoltre:

- per raccomandata al domicilio suindicato
- altro: _____

CHIEDE

di attivare la polizza stipulata con Axa Assicurazioni Spa, qualora il sinistro rientri nelle tipologie di infortunio previste dalla predetta polizza,

ALLEGA

- certificazione medica (in particolare in verbale di pronto soccorso con relativi allegati);
- moduli per il trattamento dei dati personali;
- solo per gli infortuni dei dipendenti in missione, il modulo di autorizzazione alla missione.

PRENDE ATTO CHE:

- l'art. 2952 del codice civile stabilisce in due anni il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto di assicurazione, pertanto, qualora non vi siano ulteriori comunicazioni entro due anni dalla denuncia dell'infortunio o da quella dell'ultima comunicazione effettuata dall'infortunato, l'infortunio si intenderà prescritto;
- il rimborso delle eventuali spese sostenute (visite specialistiche, terapie, farmaci, tutori, ecc..) è condizionato alla consegna dei giustificativi di spesa (es.: scontrini, fatture) in originale, dopo la guarigione clinica avvenuta.

Firma del denunciante _____
(infortunato o suo congiunto)

Nome UOR:
Denominazione file modulo codificato
Validato da:
Aggiornato il:
Posizione nel repository:

Servizio Affari generali
infortunio_denuncia_assicurazione_AAGG_330
Francesca Colombo
10 settembre 2025
<https://www.uninsubria.it/risorse-utili/modulistica>



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), 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, 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 Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Per proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; garante@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 www.axa.it.



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

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 DELEGANO il proprio familiare - caponucleo a rappresentarli nella gestione della polizza						
N°	COGNOME E NOME (inserire il nominativo di tutti i beneficiari)	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DELEGATO (*)	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI Firma dell'assicurato (**)	DELEGA AL FAMILIARE DELEGATO ALLA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI PRESTAZIONE Firma del delegante (***)

(*) coniuge / convivente more uxorio e figli

(**) nel caso in cui il beneficiario sia un minore di anni 18, occorre la firma di almeno uno dei genitori.

(***) la firma non è richiesta per il delegato. Nel caso in cui il beneficiario sia un minore 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 alla polizza infortuni.

Luogo e data _____

NOME e COGNOME del Dichiarante

FIRMA del Dichiarante



MODULO PRIVACY

Per prestare i nostri servizi, abbiamo bisogno di raccogliere e utilizzare i vostri dati personali, quali il vostro nome e altri dettagli di contatto, incluse categorie speciali di dati personali (ad esempio dati relativi alla vostra salute, e/o informazioni relative a condanne e reati penali).

Gli scopi per i quali usiamo i dati personali possono essere la gestione della copertura assicurativa, la gestione dei sinistri, ecc. Ulteriori informazioni sull'utilizzo dei dati personali da parte nostra sono fornite nell'informativa privacy Marsh, consultabile accedendo al seguente link <https://www.marsh.com/it/it/privacy-policy.html> o richiedendone una copia cartacea tramite e-mail all'indirizzo affari.legali@marsh.com oppure scrivendo a Marsh S.p.A., Viale Bodio 33, 20158 Milano, c.a. Legal Counsel.

Nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo comunicare i dati personali da voi forniti a terze parti quali assicuratori, riassicuratori, liquidatori, subappaltatori, società parte del gruppo Marsh&McLennan Companies, nonché ad enti regolatori che potranno richiedere le tue informazioni per gli scopi meglio descritti nell'informativa privacy Marsh.

A seconda delle circostanze, nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo trasferire i Vostri dati personali verso Paesi al di fuori dell'Italia e dello spazio economico europeo che hanno leggi di protezione dei dati meno robuste. Nei richiamati casi, tale trasferimento sarà effettuato adottando le opportune misure di salvaguardia.

Il Vostro consenso all'uso da parte nostra (e di altri soggetti della catena assicurativa) di categorie speciali di dati personali (ad esempio informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne penali e reati), è necessario per lo svolgimento dei nostri servizi in Vostro favore.

Potrete revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, ma ciò potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi a Vostro favore e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se ci state fornendo dati personali relativi a una persona diversa da voi (compresi i bambini di età superiore ai 13 anni), acconsentite a notificare a tali soggetti la nostra informativa sul trattamento dei loro dati personali e ad ottenere il consenso al trattamento di qualsiasi categoria speciale di dati personali, quali informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne e reati illeciti.

Da parte vostra, concordate che l'esecuzione dei servizi è subordinata all'adempimento di quanto sopra in relazione all'invio dell'informativa e all'ottenimento dei relativi consensi. Qualsiasi terza parte di cui trattiamo i dati personali potrà revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi in favore di tali terzi (o anche nei Vostri, in base alle circostanze concrete) e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se l'interessato ha meno di 18 anni, la dichiarazione deve essere completata dal genitore/tutore.

Spuntando questa casella confermo di aver compreso le informazioni di cui sopra e acconsento al trattamento dei miei dati personali particolari per le finalità di cui sopra

Data.....

Nome Cognome dell'interessato o se minore, del genitore/tutore:

Rapporto con il richiedente:

Firma interessato o del genitore/tutore:



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

Via Ravasi n.2 – 21100 Varese

Informazioni generali

(da conservare a cura dell'infortunato)

Interruzione della prescrizione

Il diritto dell'infortunato al risarcimento dei danni patiti si **prescrive in due anni** dalla data del sinistro. Qualora durante questo periodo non sia possibile procedere alla chiusura dell'infortunio, è necessaria l'interruzione dei termini di prescrizione mediante apposita comunicazione scritta da inviare all'Università degli Studi dell'Insubria (Via Ravasi 2, 21100 Varese - Tel. 0332 219052 - e-mail uff.assicurazioni@uninsubria.it).

Chiusura dell'infortunio

Per procedere alla liquidazione dell'infortunio, ad avvenuta guarigione clinica, lo studente dovrà trasmettere al Servizio Affari generali dell'Università degli Studi dell'Insubria (Via Ravasi 2, 21100 Varese - Tel. 0332 219052 - e-mail uff.assicurazioni@uninsubria.it) la seguente documentazione:

1. IN CASO DI INFORTUNIO CON LESIONI

- a) qualora l'infortunio non abbia prodotto conseguenze permanenti: la certificazione medica comprovante l'avvenuta guarigione clinica, rilasciata dal medico curante o specialista eventualmente contattato dall'infortunato, oppure, in alternativa, la dichiarazione dell'infortunato attestante l'avvenuta guarigione clinica senza postumi permanenti;
- b) qualora l'infortunio abbia causato una invalidità permanente: il certificato medico di chiusura di cui al punto a), attestante la sussistenza di postumi permanenti, ed una perizia medico-legale che attesti l'invalidità permanente, individuandone il grado percentuale. Si precisa che l'infortunato ha la facoltà di rinunciare alla perizia medico-legale di parte e che in tal caso la Compagnia assicuratrice potrà prendere in considerazione esclusivamente l'esito della perizia del proprio medico fiduciario.

2. IN CASO DI INFORTUNIO CARATTERIZZATO DA ESPOSIZIONE A MATERIALE POTENZIALMENTE INFETTO (ES. PUNTURA CON AGO)

- a) qualora l'infortunio derivante dall'attività universitaria abbia causato una malattia professionale: la relativa documentazione che attesti la malattia professionale e la correlazione con il sinistro.

Altre informazioni

Nei casi in cui l'infortunio abbia causato un'invalidità permanente (punto 1, lett. b) e punto 2, lettera a), la Compagnia assicuratrice, ricevuta la necessaria documentazione, convocherà l'infortunato a sostenere una visita medico-legale presso un proprio fiduciario per accertare natura e gravità delle lesioni. Compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia assicuratrice liquiderà le indennità che risultino dovute, inviando all'Università degli Studi dell'Insubria un atto di quietanza con l'indicazione della somma. L'indennità dovuta verrà corrisposta, una volta sottoscritta la quietanza da parte dell'infortunato, a mezzo bonifico bancario.