

Responsabile del sinistro	Nome, Cognome, Indirizzo, Telefono, Fax _____			
	Professione _____	Tipo di funzione/rapporto con l'assicurato _____		
	Motivo e scopo del soggiorno sul luogo del sinistro _____	Durante quale incarico e relativa mansione è avvenuto il sinistro _____		
Integrativo per bambini	Data di Nascita _____	Studente <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sposato? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	Istruzione come _____	dal _____	Titolo di studio conseguito _____	dal _____
	Facente le veci (Nome, Cognome, data di nascita) _____		Indirizzo _____	

Valutazione personale	Responsabilità propria o di una persona facente parte dell'assicurazione		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, motivo _____
	Responsabilità terzi		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, motivo _____
	Responsabilità della parte lesa		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, motivo _____
Testimoni	Nome ed indirizzo _____			
Denuncia effettuata	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, presso _____	Indirizzo/Comando _____	N° registrazione. _____
	Denuncia/diffida <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, a mezzo di _____		contro _____	
Danni materiali parte lesa	Quali beni sono stati danneggiati? _____	Anno/prezzo d'acquisto/ (valuta)/proprietario _____	Tipo ed entità del danno _____	è possibile una riparazione? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
	_____			€ _____
	_____			€ _____
Il materiale danneggiato è (da voi o una persona facente parte dell'assicurazione)	noleggiato? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	prestato? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	dato in custodia? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
	dato per lavorare? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	dato in riparazione? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	da trasportare? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
È possibile visionare il materiale danneggiato? _____				
Danni a persone della parte lesa	Incidente sul lavoro? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	nella scuola? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Treatmento medico <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> pronto soccorso	Persona lesa Età Stato civile
				bambini da assistere N° Età
	Tipo ed entità della lesione _____			

Rivendicazioni della parte lesa	Sono già state avanzate pretese nei vostri confronti? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, verbali <input type="checkbox"/> scritte			Ammontare? € _____
Ritenete adeguate le pretese della parte lesa? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no, perché? _____				
È possibile pagare un eventuale indennizzo alla parte lesa senza un preavviso nei suoi confronti? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no, perché? _____				
<p>Con la mia firma confermo di aver risposto correttamente ed esaurientemente alle domande contenute in questo documento. Ciò vale anche nel caso non sia stato il sottoscritto a compilare il modulo. Sono cosciente che risposte errate od incomplete possono portare alla perdita della copertura assicurativa, anche nel caso in cui esse non abbiano ripercussioni sulla valutazione del caso e di conseguenza non ne risulti alcun danno per l'assicurato.</p>				
Data	Firma dell'assicurato		Firma del responsabile danno	



SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH Abt-Hyller-Str. 4 88250 Weingarten
 Telefon 0049-(0)751-56036-0 Telefax 0049-(0)751-56036-25 email info@suedwestring.de www.suedwestring.de

Denuncia di sinistro – RC

Domande integrative per
l'assicurazione RC Scuola

Indirizzo assicurato:

N° polizza. _____

Vi chiediamo di evitare cortesemente ogni tipo di contrattazione con la parte lesa. Non dovrete né riconoscere né esaudire, prima di essere stati istruiti dall'assicuratore, alcun tipo di richiesta. Tutta la corrispondenza ricevuta (specialmente richieste d'indennizzo, documenti relativi al sinistro, denunce, sollecitazioni, sussidi per spese processuali, etc.) deve essere subito inviata, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, all'assicurazione. Fate subito ricorso contro eventuali decreti ingiuntivi o contro la messa in atto di forme esecutive. Fate inoltre attenzione che, in linea di massima, ogni sinistro deve essere denunciato immediatamente in forma scritta e comunque entro una settimana. In caso di richieste da parte della parte lesa, siete obbligati a denunciare il tutto all'assicurazione entro una settimana.

Reperibilità

.....
 Telefono lavoro Telefax lavoro Telefono privato Telefax privato Email Professione

Date del sinistro _____ Ora _____ Luogo _____

I. Condizioni esterne

Meteo: _____

Condizioni vento e mare: _____

Luogo del sinistro (descrizione dettagliata dello spot /luogo sinistro) _____

II. Informazioni relative alla responsabilità della scuola:

Qualifiche dell'istruttore? _____

Numero allievi assistiti dall'istruttore incaricato ovvero numero partecipanti al corso _____

Chi ha scelto lo spot? Trattasi di uno spot adeguato per l'insegnamento? O trattasi di un porto o spiaggia pubblica? _____

Le barche/attrezzi sportivi ovvero gli allievi erano per terzi riconoscibili come mezzi/persone facenti parte di una lezione (per es. grazie alla vela/diciture/abbigliamento etc.)? _____

Matreiale utilizzato (marca, tipo, dimensione) _____

III. Informazioni relative alla responsabilità del noleggiatore:

Trattasi di barca charter? Allegare il contratto charter si no

Lo skipper possiede una RC skipper? Indicare il nome della compagnia si no

Lo skipper possiede una RC personale? Indicare il nome della compagnia si no

Nome/indirizzo della compagnia + N° polizza.: _____

Tipo patente/permesso possiede il noleggiatore? _____

IV. Informazioni relative alla responsabilità dell'istruttore:

In quale fase del corso é avvenuto il sinistro? _____

Quali sono le informazioni date prima del sinistro? _____

Erano sufficienti e complete? _____

Numero allievi assistiti contemporaneamente dall'istruttore ovvero partecipavano al corso?

Dove si trovava l'istruttore al momento del sinistro? _____

V. Informazioni relative alla responsabilità dell'allievo:

Esperienze e licenze dell'allievo al momento del sinistro? _____

In quale fase del corso é avvenuto il sinistro? _____

Età dell'allievo/partecipante? _____

Quante volte precedentemente l'allievo ha eseguito questo esercizio? _____

Possiede l'allievo una RC privata? si no

In caso affermativo, con quale compagnia? _____

N° Polizza: _____

Nome ed indirizzo dell'allievo: _____

VI. Coordinate bancarie parte lesa:

L'indennizzo deve essere versato sul seguente conto:

N° conto: _____ CAB: _____

Banca: _____

IBAN: _____ BIC (SWIFT) Code: _____

Intestatario: _____

Con la mia firma confermo di aver risposto correttamente ed esaurientemente alle domande contenute in questo documento. Ciò vale anche nel caso non sia stato il sottoscritto a compilare il modulo. Sono cosciente che risposte errate od incomplete possono portare alla perdita della copertura assicurativa, anche nel caso in cui esse non abbiano ripercussioni sulla valutazione del caso e di conseguenza non ne risulti alcun danno per l'assicurato.

Data

Firma dell'assicurato

Firma dell'istruttore

Firma del responsabile sinistro

Opuscolo per la protezione dei dati

di SüdwestRing Versicherungsmakler GmbH, Weingarten, Telefono +49 (0)751 / 56036-80

Informazioni obbligatorie secondo il § 11 del Regolamento sulle mediazioni assicurative

- Noi operiamo come broker assicurativi.
- Siamo registrati con il numero D-44LH-GJCAQ-36 presso le autorità competenti, ovvero la Industrie- und Handelskammer Bodensee-Oberschwaben (Camera di commercio e dell'industria). È possibile verificare la registrazione nel registro dei mediatori presso la Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V., Breite Straße 29, 10178 Berlino, Telefono 0180-600-585-0*, www.vermittlerregister.info
* 20 cent/min dalla rete telefonica fissa tedesca, oppure 60 cent/min. dalla rete mobile.
- per la composizione dei contenziosi giudiziari è possibile rivolgersi telefonicamente ai seguenti uffici conciliatori: Versicherungsombudsmann e.V., Casella Postale 080632, 10006 Berlino, www.versicherungsombudsmann.de oppure: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Casella Postale 060222, 10052 Berlino, www.pkv-ombudsmann.de.
- Non sussistono partecipazione nei confronti o da parte della Compagnia Assicuratrice superiore al 10%.

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati ed alla presa di contatto ed informazioni correlate

Per poterle offrire il nostro servizio come broker, dobbiamo rilevare, registrare e trasmettere a terzi i suoi dati. Questo accade ad esempio quando rileviamo la sua situazione rischi e la inoltriamo alle diverse compagnie assicuratrici per trovare l'offerta adeguata alle sue esigenze. A tale proposito utilizziamo anche i cosiddetti "servizi broker". Spesso è anche necessario che richiediamo i dati in questione a terzi, quali assicuratori, ma anche medici, commercialisti ed avvocati quando il caso lo rendesse necessario.

Nel contesto del seguente mandato, permetteremo, in nome e per conto suo, a terzi di trattare i suoi dati in base alle rispettive norme sul loro trattamento. Le informazioni mediche vengono solo richieste se necessarie alla mediazione di assicurazioni sulla vita, di malattia o di invalidità (assicurazioni personali), ossia per la gestione di casi assicurativi. Potete sia dare al singolo il vostro consenso come pure revocarlo in ogni momento con effetto futuro. Ma fate attenzione perché in questo ultimo caso non potremo più operare a vostro nome.

Potete attingere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati dal nostro sito www.suedwestring.de. Il nostro incaricato d'ufficio per il trattamento dei dati può essere contattato al seguente indirizzo: datenschutzbeauftragter@suedwestring.de.

Consenso al rilevamento ed alla richiesta dei dati

Voi acconsentite al rilevamento dei vostri dati – anche medici - così come alla richiesta nei confronti di terzi. Sarà nostro dovere informarvi nel caso la richiesta sia rivolta a medici per ottenere informazioni sanitarie. Nel contesto del mandato affidatoci come broker, abbiamo il suo benessere a girare a terzi la dichiarazione relativa al consenso sul trattamento dei dati, come per esempio ad un assicuratore che esegue prima della scadenza del contratto una richiesta sulla solvibilità o sui precedenti assicuratori.

Consenso alla registrazione dei dati

Voi acconsentite alla registrazione ed al trattamento dei dati da noi rilevati e richiesti in base alle necessità del caso, così come da parte di terzi autorizzati.

Consenso alla trasmissione dei dati

Voi acconsentite alla trasmissione dei dati - anche medici * – nel contesto richiesto dalla nostra attività come broker a terzi. Terzi sono nel nostro caso assicuratori, servizi broker, associazioni, amministratori, assistenti, officine, periti od altri fornitori di servizi. Su vostra richiesta potete ricevere informazioni relative al partner al quale i suoi dati sono stati trasmessi. La informiamo nel caso di cessione di attività aziendale o di vendita fondi magazzino al riguardo del successore legale; le sono concesse 4 settimane per il ricorso. Trascorso il termine massimo, acconsentite alla consulenza circa la trasmissione dei suoi dati. Acconsentite anche alla possibilità di informare i vostri parenti (coniuge/compagno*, figlio/i*, genitori*) e persone coassicurate* in caso di richiesta da parte loro.

Diritto alla limitazione del trattamento ed eventuale cancellazione dei dati registrati

Per ottemperare al contratto da lei stipulato con noi, è necessario che i suoi dati vengano registrati come descritto. Il contratto di intermediazione termina inevitabilmente nel caso vogliate fare valere, per quanto vi è consentito, i vostri diritti relativi alla cancellazione dei dati od alla limitazione del loro trattamento.

Consenso sulla presa di contatto e pubblicità

Non è possibile separare le informazioni sui clienti dalla pubblicità. Se per esempio vi vogliamo informare di una nuova offerta con una migliore copertura, ciò viene percepito come una pubblicità. Per tale motivo abbiamo bisogno del suo consenso per potere svolgere il nostro lavoro.

1. Consenso sulla presa di contatto e pubblicità

Con la mia firma acconsento/acconsentiamo ad essere contattati per telefono, per via elettronica (p.es. e-mail, fax, SMS, Messenger) od in forma scritta (p.es. lettera).

Accetto/accettiamo inoltre che la SWR mi/ci invii tutti i documenti e la corrispondenza in forma elettronica, ad esempio via e-mail.

X

Nome mandante

Data, firma (anche persone assicurate, contraente)

* L'autorizzazione per le frasi indicate con l'asterisco non è indispensabile ai fini contrattuali ed è quindi possibile evitarla. In questo caso verrà richiesta una specifica autorizzazione per ogni singolo caso.

2. Firma per il trattamento dei dati

X

Data, firma assicurato / richiedente