

Versicherungsbeginn: 31/08/2021 Versicherungsende: 31/08/2025

Unfalldatum		Uhrzeit		Unfallort	
Familienname		Vorname		Steuernr.	
Geburtsdatum		Ort		Staatsbürgerschaft	
Wohnhaft in		Anschrift		PLZ	
Tel.		Mobil		e-Mail	
Berufliche Qualifizierung		Versicherungsposition			
Bei Schülern/Studenten – Klasse – Sektion – Lehrgang:					

BEI MINDERJÄHRIGEN

Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten		Name des 2. Elternteils	
--	--	-------------------------	--

BESCHREIBUNG DES VORFALLS

(im Falle eines Verkehrsunfalls bitte die Daten der Gegenseite angeben und Kopie des einvernehmlichen Berichts der Unfallbeteiligten beilegen)

<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>		
Umgebung des Vorfalls		
Was machten Sie zum Zeitpunkt des Unfalls genau?		
Welches unvorhergesehene Ereignis hat den Unfall verursacht?		
Was ist infolgedessen passiert?		
Organisator		Aufsicht
Eventuelle Zeugen		
Eventuelle Personen, die für die Umstände für verantwortlich erachtet werden		
Art der Verletzung	Körperteil der Verletzung	Prognosetage
Wurde der Verunglückte in ein Krankenhaus eingeliefert?		Wenn JA, welches?

Pflichtanlagen:

③ (**GESAMTE**) ärztliche Dokumentation, ausgestellt vom Krankenhaus / Unfallstation. Wenn kein Krankenhaus / Unfallstation vorhanden ist oder bei Unfällen, die den Zahnapparat betreffen, kann das Attest von einem anderen Arzt oder Facharzt ausgestellt werden, sofern das besagte Attest in der Regel innerhalb 24 Stunden nach Ereignis des Schadensfalls verfasst wird. ③ Vordruck für die Zustimmung zur Verarbeitung der personenbezogenen und sensiblen Daten

Unterschrift des Lehrers

Stempel der Schule, Unterschrift der Schulführungskraft

Unterschrift des Verunglückten

(bei Unfall eines Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bitte einsenden an die Faxnummer: 0773.01 98 67

Versicherungsbeginn: 31/08/2021 Versicherungsende: 31/08/2025

Daten des Versicherten:

Familienname	Vorname	Unfalldatum
--------------	---------	-------------

Gemäß den Vorschriften des gesetzesvertretenden Dekrets 196/2003 „Datenschutzgesetz“, das Bestimmungen über den Schutz der Person und anderer Rechtssubjekte in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten enthält, informiert Sie die Gesellschaft **BENACQUISTA ASSICURAZIONI Snc**, auch im Namen der **AIG Europe Limited**, als Inhaber der Datenverarbeitung über die unten aufgeführten Punkte der Rechtsvorschrift, die zum Schutz der Vertraulichkeit von Informationen über natürliche und juristische Personen dienen.

1. Quelle und Art der personenbezogenen Daten

Um die von Ihnen gewünschten bzw. zu Ihren Gunsten vorgesehenen Dienstleistungen (zum Beispiel Abschluss von Versicherungsverträgen oder Schadensfallmanagement) erbringen zu können, muss unsere Gesellschaft personenbezogene Daten, die Sie betreffen, erfassen oder besitzt diese Daten bereits.

Die von der Gesellschaft erfassten personenbezogenen Daten können eventuell auch jene Daten umfassen, die im gesetzesvertretenden Dekret als „sensibel“ bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich um Daten in Bezug auf Gesundheit, religiöse Meinung, Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, politischen Parteien oder jeder sonstigen Organisation oder Vereinigung.

2. Zielsetzung der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden zu Versicherungszwecken, zur Ausübung Ihrer Rechte im Zusammenhang folgender Zielsetzungen verarbeitet:

- obligatorisch aufgrund eines Gesetzes, einer Verordnung oder EU-Normen (zum Beispiel Geldwäschebekämpfung, zentrales Unfallregister, Kfz-Zulassungsstelle);
- wenn für den Abschluss neuer Geschäftsverbindungen, zur Abwicklung bereits bestehender, rechtlicher Beziehungen oder zur Abwicklung und Regulierung eines Schadensfalles unerlässlich;
- zur kommerziellen Information und Promotion, für Umfragen zur Qualität der erbrachten Dienstleistung und Kundenzufriedenheit wie im folgenden Punkt 4 Buchstabe C angegeben, instrumental zur Verbesserung der Qualität der von unserer Gesellschaft angebotenen Dienstleistungen.

3. Art und Weise der Datenverarbeitung

In Bezug auf die angegebenen Zielsetzungen erfolgt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mithilfe von elektronischen und manuellen Datenverarbeitungssystemen und Datenübertragungsgeräten, mit Abläufen, die mit den genannten Zielsetzungen im engen Zusammenhang stehen und unter Anwendung der notwendigen und geeigneten Maßnahmen, um die Sicherheit und den Schutz der Daten zu gewährleisten.

- Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte** Für die von **BENACQUISTA ASSICURAZIONI Snc**, auch im Namen der **AIG Europe Limited**, ausgeübten Tätigkeiten kann es unter Umständen erforderlich sein, Ihre Daten Dritten bekannt zu geben, und zwar:

Aufgrund der obigen Ausführungen bitten wir Sie daher, durch Ihre untenstehende Unterschrift Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen, auch sensiblen Daten und zu deren Weitergabe an die unter A und B von Punkt 4 (Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte) genannten Kategorien von Rechtssubjekten im Zusammenhang mit den unter Punkt 2 (Zielsetzung der Datenverarbeitung), Buchstaben a) - b) des Informationsschreibens genannten Zielsetzungen zu erteilen.

BEI EVENTUELLER WEIGERUNG DES BETROFFENEN, DIE PERSONENBEZOGENEN DATEN IN DEN VON PUNKT 4, BUCHSTABEN A UND B VORGEGEHENEN FÄLLEN IM ZUSAMMENHANG MIT DEN UNTER PUNKT 2 BUCHSTABEN A) UND B) AUFGEFÜHRTEN ZIELSETZUNGEN ANZUGEBEN, KÖNNEN DIE SCHADENSFÄLLE NICHT ABGEWICKELT UND LIQUIDIERT WERDEN.

ICH STIMME ZU

ICH STIMME NICHT ZU

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT DES VERUNGLÜCKTEN

(bei Unfall eines Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

DATENSCHUTZ (GESETZESVERTR. DEKRET 196/2003)

**INFORMATION DES BETROFFENEN
ZUSTIMMUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN,
ALLGEMEINEN UND SENSIBLEN DATEN**

Des Weiteren bitten wir Sie, durch Ihre untenstehende Unterschrift die Zustimmung zur Mitteilung und/oder Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an die unter Punkt 4 Buchstabe C. genannten Kategorien von Rechtssubjekten für die unter Punkt 2 Buchstabe 2 genannten Zwecke zu erteilen. Diese Zustimmung ist fakultativ und beeinträchtigt nicht die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses und die Erbringung der oben genannten Leistungen.

ICH STIMME ZU

ICH STIMME NICHT ZU

Ort und Datum

UNTERSCHRIFT DES VERUNGLÜCKTEN

(bei Unfall eines Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

¹ ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) = ital. Versicherungsaufsichtsbehörde

² INPS (Istituto Nazionale della Previdenza sociale = ital. Staatliche Sozialversicherungsanstalt

³ UCI (Ufficio Centrale Italiano) = Gesamtverband der Versicherungswirtschaft

⁴ ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici = Nationaler Verband der Versicherungsgesellschaften