

Polizza Infortuni Arci Pesca FISA

Modulo denuncia Lesione

Compilare in stampatello e, dove presenti, utilizzare le note allegate per la corretta compilazione.
Inoltare a **Marsh S.p.A. – Viale di Villa Grazioli, 23 – 00198 Roma**

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME _____ NOME _____
DATI ANAGRAFICI GENITORI (solo se minorenni)
COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____
COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO/VIA _____ N° _____
COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____
CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____ / _____ N° TESSERA _____
NATO/A _____ PROFESSIONE _____
Coordinate bancarie : Banca _____ Ag. _____
IBAN _____ INTESTAZIONE DEL C.C. _____
CATEGORIA ASSICURATO SOCIO ORDINARIO DIRIGENTE ALTRO _____

ESTREMI LESIONE

DATA/ORA LESIONE _____
LUOGO _____ PROV _____
DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLA CAUSE CHE L'HANNO PROVOCATA _____

INFORTUNI PRECEDENTI SI NO _____ N DATA _____
QUALI LESIONI AVETE RIPORTATO _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____
LA PRESENTE VALE QUALE:
 Apertura di denuncia lesione alla quale farà seguito ulteriore documentazione
 Apertura con cui si richiede la definitiva liquidazione
 Invio di ulteriore documentazione relativa alla pratica del _____ Rif _____ di cui si chiede la definitiva liquidazione
DATA _____ FIRMA _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Per procedere con la gestione della pratica è necessario leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata a pagine 3 del presente modulo.

Polizza Infortuni Arci Pesca FISA

Modulo denuncia Lesione

La documentazione indicata di seguito dovrà essere inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, a:
Marsh S.p.A. – Viale di Villa Grazioli, 23 - 00198 Roma

IN CASO DI LESIONI

Entro 30 gg dal fatto (o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità) inviare:

1. Modulo di denuncia sinistro compilato in stampatello in ogni sua parte (compreso codice IBAN)
2. Copia codice fiscale dell'assicurato e, se minorenne, anche doppia copia del codice fiscale dei genitori
3. Copia del primo certificato medico o di Pronto Soccorso da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi

E a cure ultimate inviare:

1. Copia del modulo di denuncia presentato precedentemente;
2. Copia referto radiologico dal quale dovrà risultare l'identità, la data dell'effettuazione dell'indagine e il tipo di lesione per la quale si chiede il rimborso
3. Copia certificazione medica comprovante le cure e/o i trattamenti effettuati a seguito dell'infortunio fino a guarigione e copia conforme della cartella clinica
4. Per le spese mediche originale delle notule e/o fatture medico/cliniche/altro

IN CASO DI DECESSO

Entro 30 giorni dal fatto (o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità) segnalare il fatto a Marsh.

In seguito per la chiusura della pratica dovrà essere inviata la seguente documentazione:

1. Modulo di denuncia debitamente compilato da parte degli aventi diritto
2. Certificato di morte in originale
3. Stato di famiglia in originale
4. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
5. Eventuali verbali autorità intervenute
6. Cartella clinica e copia referto autoptico
7. Certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
8. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
9. Eventuali articoli di stampa
10. Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto

PRESCRIZIONE

Nella polizza infortuni, i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro, la prescrizione può essere interrotta da una raccomandata inviata all'assicuratore nella quale l'assicurato rinnova la propria volontà ad essere risarcito.

**Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi
dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 13.00 a:**

Marsh S.p.A. – Viale di Villa Grazioli, 23 – 00198 Roma - Ufficio Sinistri FISA - Tel 06.54516.1 - Fax 06 54516389

Polizza Infortuni Arci Pesca FISA

Informativa sul trattamento dei Dati Personali

Polizza Infortuni

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

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

Firma.....

Rapporto con il richiedente.....

Nome e Cognome:

Data.....