



Convenzione AGESCI – UNIPOLSAI
Modulo Denuncia infortuni



DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ PROVINCIA _____ IL: _____ / _____ / _____

INDIRIZZO VIA: _____ N. _____

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

CODICE FISCALE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TELEFONO: _____

CELLULARE: _____ **E-MAIL PER COMUNICAZIONI:** _____
(Genitore o Assicurato Maggiorene – si prega di scrivere in stampatello)

CATEGORIA: LUPETTI e COCCINELLE ESPLORATORI e GUIDE ROVER e SCOLTE SOCIO ADULTO OSPITE VOLONTARIO

NUMERO CENSIMENTO: _____ PROFESSIONE: _____

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE)

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestatario c/c bancario: _____ Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTREMI DELLA LESIONE

DATA ____/____/____ ORA ____:____ *Barrare una delle due scelte e compilare come da tabella allegata - vedi "Promemoria per l'assicurato"*

TIPO ATTIVITA': ORDINARIA _____ NON ORDINARIA _____

LUOGO _____ PROVINCIA _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____

TIPO LESIONE CONTUSIONE DISTORSIONE FRATTURA ROTTURA LUSSAZIONE PERDITA AMPUTAZIONE USTIONE

PARTE DEL CORPO INTERESSATA _____

INFORTUNI PRECEDENTI (SI/NO) _____ IN DATA _____ QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO _____

DATI DEL CAPOGRUPPO RESPONSABILE E DEL GRUPPO (da compilarsi a cura del Capogruppo o Responsabile dell'Unità)

COGNOME CAPOGRUPPO: _____ NOME CAPOGRUPPO: _____

CODICE FISCALE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TEL.: _____

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

NOME DEL GRUPPO: _____ TEL.: _____

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

DATA: ____/____/____ TIMBRO _____ FIRMA DEL CAPOGRUPPO RESPONSABILE _____

NB: per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "PROMEMORIA PER L'ASSICURATO".

Consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurative/liquidative

Sulla base di quanto espresso nell'informativa sul trattamento dei dati personali sotto riportata, apponendo la Sua firma in calce, Lei dichiara di aver letto l'informativa ed esprime il consenso, vevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (ad esempio relativi alla salute), per finalità il perseguimento delle finalità assicurative e liquidative, autorizzando così al trattamento per l'attività di gestione e liquidazione del sinistro UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (titolare del trattamento) e MARSH ADVISORY S.r.l. (responsabile del trattamento) e gli altri soggetti indicati nell'informativa. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso non potrà essere data esecuzione al contratto assicurativo e/o sarà impossibile trattare i dati relativi alla salute per la liquidazione dei eventuali sinistri o rimborsi.

Accenso

Non accenso

Firma dell'Assicurato se maggiorenne oppure di un genitore (o eventuale tutore) se minorene. Apponendo la propria firma si confermano anche le informazioni fornite sul sinistro e la correttezza dell'iban indicato per l'eventuale indennizzo.

Luogo e data

Nome e cognome dell'interessato (o di chi ne fa le veci se minorene)

Firma

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO SULL'USO DEI SUOI DATI PERSONALI E SUI SUOI DIRITTI

Ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, connessi alle polizze stipulate a favore dei tesserati della AGESCI e/o degli eventuali terzi danneggiati, UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (di seguito "UnipolSai") deve utilizzare alcuni Suoi dati personali. In particolare, UnipolSai, con apposita convenzione, ha affidato ad MARSH ADVISORY S.r.l. il servizio di liquidazione e gestione dei sinistri di relativa pertinenza e, per tale finalità, quest'ultima effettuerà il trattamento dei Suoi dati in qualità di Responsabile del trattamento.

Si tratta di dati personali (ad esempio nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile, indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti¹ ci fornisce; tra questi ci sono anche eventuali categorie particolari di Suoi dati personali² e, in particolare, relativi al Suo stato di salute, ove risultino effettivamente indispensabili per fornire le prestazioni assicurative richieste o previste in Suo favore (liquidazione del sinistro).

Il conferimento di questi dati è necessario per la liquidazione del sinistro³ e, in alcuni casi, obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o altre Autorità, anche di vigilanza⁴; in assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

I Suoi dati saranno utilizzati per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e liquidativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

I Suoi dati verranno trattati, per le connesse attività liquidative, da MARSH ADVISORY S.r.l. e potranno essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, interni ed esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa/liquidativa⁴, in considerazione anche, ove non obbligatorio per legge, dei legittimi interessi della nostra Società e di tali soggetti a svolgere dette prestazioni ed operazioni in relazione al sinistro che La riguarda. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁷, comunque necessario ai fini della gestione e liquidazione del sinistro.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti dal personale incaricato delle strutture della nostra Società e di MARSH ADVISORY S.r.l. specificatamente autorizzato a trattarli, in qualità di Incaricato, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. A tal fine alcuni di questi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo e, per taluni servizi, a soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁸. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni). L'associazione AGESCI (in qualità di Contraente della polizza) potrà venire a conoscenza di alcuni dati relativi al sinistro che La riguarda (numero sinistro, tipo danno, numero polizza, tipo tessera, stato sinistro, data sinistro, data denuncia, luogo sinistro, nome, cognome, data nascita, comune nascita, codice fiscale, indirizzo residenza, garanzia, liquidato, attività praticata), con esclusione di dati appartenenti a categorie particolari, al fine di garantire il proprio interesse legittimo a monitorare gli andamenti e i costi della polizza.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

¹ Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (v. polizze di responsabilità civile), nonché banche dati consultabili in fase pre assuntiva, assuntiva o liquidativa.

² Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo (come la prevenzione delle frodi) e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

³ Ad esempio, per predisporre la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre Società del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

⁴ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

⁵ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

⁶ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati dalla Società titolare del trattamento del Suo sinistro, da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAIP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Rischio). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

⁷ Resta fermo il trattamento di tali dati, ove indispensabile per specifiche esigenze correlate allo svolgimento di investigazioni difensive e alla tutela giudiziaria di diritti in ambito penale rispetto ad eventuali comportamenti illeciti o fraudolenti.

⁸ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per i rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; altri soggetti o banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.



PROMEMORIA PER L'ASSICURATO - Norme da seguire in caso di infortunio

INOLTRO DENUNCIA DI SINISTRO entro 30 giorni dalla data dell'infortunio

La denuncia di sinistro deve essere effettuata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci o eventuali aventi causa tramite:

- **portale online per la gestione online del sinistro www.marshaffinity.it/agesci**
- oppure
- compilazione del presente modulo cartaceo (*non dovranno essere allegati documenti medici e fatture in originale – solo fotocopie*)

L'inoltro del modulo di denuncia e della documentazione necessaria alla corretta istruttoria dovrà essere effettuato attraverso Upload dei documenti dal portale online sopra citato.

In alternativa tramite uno dei seguenti mezzi (*si prega di NON inoltrare la medesima denuncia attraverso più canali*):

- raccomandata A.R. a: CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI AGESCI – c/o MARSH S.p.A.
Casella Postale 10436 – UDR MI ISOLA 20159 MILANO
- e-mail: info.agesci@marsh.com
- fax: 02 – 48 538 893

DOCUMENTAZIONE FONDAMENTALE AI FINI DELL'APERTURA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta istruttoria del sinistro si necessita di:

- Modulo di denuncia sinistro (debitamente compilato in tutte le sue parti, firmato dall'Assicurato e dal Capogruppo responsabile e con apposizione della nota di presa visione della normativa sulla privacy);
- Indicazione del numero di censimento;
- Indicazione del tipo di attività svolta da compilare come da tabella di seguito riportata (** estremi lesione nel frontespizio del modulo*):

Attività ordinarie:	Attività non ordinarie:
attività in ambiente acquatico (reparti nautici)	attività in ambiente acquatico (reparti non nautici)
attività in ambiente cittadino	attività in parchi attrezzati tipo "parchi avventura" con DPI anticaduta
attività in ambiente naturalistico	cucina con fiamme libere di legna (tipo griglia)
campo di servizio in strutture extra associative	escursione speleologica
attività di pulizia non professionistica di luoghi naturali (boschi, litorali, ecc).	escursione tipo alpinistico
competizioni sportive non agonistiche	escursioni in canoa/kayak
costruzione di ripiani sopraelevati in legno per il posizionamento di tende	
costruzione di strutture in legno	
cucina con fiamme libere di gas	
cucina con fiamme libere di legna (tipo griglia)	
escursione in montagna (non alpinistica)	
escursioni in bicicletta	
pernottamento in tenda	
pernottamento presso edificio attrezzato (casa, colonia, ecc)	
piccoli lavori di giardinaggio	
piccoli servizi di cucina (lavaggio pentole, apparecchiare tavola)	
riunioni e giochi all'aperto anche in notturna	
riunioni e giochi all'interno di edifici	
uscita per piccoli gruppi con pernottamento	
uso di attrezzi per il taglio legno (seghetto, accetta)	
uso di attrezzi per la lavorazione del cuoio	
uso di piccoli utensili di cancelleria (forbici, graffettatrice, ecc)	
viaggio con mezzi pubblici (treno, bus)	

SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

Si fa presente che Le eventuali successive comunicazioni da parte del centro liquidazione sinistri, verranno inviate via o e-mail o posta ordinaria (qualora non venga indicato un indirizzo e-mail).

In fase di apertura del sinistro verrà inviata una lettera di primo riscontro all'Assicurato con l'elenco della documentazione necessaria ai fini della corretta valutazione del sinistro (qualora non sia già stata inoltrata in fase di denuncia).

Si precisa che la chiusura del sinistro potrà avvenire solo alla ricezione dei documenti sotto indicati:

- Modulo di denuncia sinistro (debitamente compilato in tutte le sue parti, firmato dall'Assicurato e dal Capogruppo responsabile e con apposizione della nota di presa visione della normativa sulla privacy);
- Indicazione del numero di censimento;
- Indicazione del tipo di attività svolta Certificato di pronto soccorso o (ove non presente) certificato del medico che ha prestato le prime cure;
- Copia dei referti degli esami diagnostici: radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica, ecc. (non inviare CD e lastre, ma solo i referti);
- Fatture, notule, ricevute di spese mediche;
- Copia conforme della cartella clinica (in caso di ricovero);
- Certificato Medico di Guarigione.



L'invio della documentazione dell'infortunio potrà avvenire **in unica soluzione**, a guarigione clinica ultimata, attestata da idoneo certificato medico di guarigione, entro 2 anni dalla data della denuncia.

Nel caso in cui il sinistro non si concluda entro due anni dalla data di avvenimento dell'infortunio, resta a carico dell'assicurato/beneficiario l'onere di inviare una comunicazione al Centro Liquidazione Sinistri, entro lo stesso termine, al fine di interrompere la prescrizione ai sensi del codice civile.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- Modulo di denuncia sinistro debitamente compilato e firmato;
- Certificato di Morte (in originale);
- Stato di famiglia (in originale);
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori;
- Verbale delle 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;
- Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto.

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Se i documenti sono completi ed il diritto all'indennizzo non risulta decaduto, prescritto o escluso dalle garanzie prestate, **il sinistro viene liquidato con bonifico bancario (la scelta di tale metodo di pagamento è stata fortemente voluta da UNIPOLSAI ASSICURAZIONI per garantire la corresponsione dell'importo all'assicurato in totale sicurezza e velocità).**

SI LIQUIDA:

- a) La morte dell'iscritto. La liquidazione viene effettuata a favore degli eredi legittimi o testamentari;
- b) L'indennizzo delle lesioni nella misura prevista dalla Tabella Lesioni. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a favore dell'infortunato;
- c) Il rimborso delle spese mediche, nei limiti previsti dalle condizioni di polizza. Il rimborso viene effettuato a favore dell'infortunato.

NON SI LIQUIDA:

L'ufficio liquidazione sinistri invia lettera di reiezione al domicilio dell'infortunato:

- a) Quando l'infortunio NON produce:
 - Una lesione prevista nella tabella lesioni allegata al testo di polizza o qualora la stessa non superi la franchigia contrattualmente prevista;
 - La morte
- b) Sulla base dei carteggi si evince che la data del sinistro è antecedente ai 30 giorni dalla data della denuncia;
- c) Sulla base dei carteggi si evince una mancanza di nesso causale tra l'infortunio denunciato e le lesioni riportate;
- d) In mancanza della documentazione sopra evidenziata, necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata;
- e) Intervenuti i termini di prescrizione (due anni).

La polizza non prevede il rimborso delle spese di patrocinio.

In tutti i casi la restituzione della documentazione avviene solo se richiesto per iscritto dall'assicurato.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO ASSICURATIVO ED IN MERITO ALLO STATO DEL SINISTRO DENUNCIATO

Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi ad A.G.E.S.C.I. Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani:

Tel.: 06 – 68 166 222
Fax: 06 – 68 166 236
E mail: ufficioassicurazioni@agesci.it

Oppure a Marsh Advisory S.r.l.:

Numero Verde: 02 – 48 538 556 (il Martedì e il Giovedì dalle 9,00 alle 12,00 ed il mercoledì dalle 14,30 alle 17,00)
Fax: 02 – 48 538 893
E-mail: info.agesci@marsh.com

Chiamando l'infortunato ha accesso diretto all'ufficio Gestione sinistri per:

- Informazione sul contratto assicurativo
- Informazioni sulle modalità di denuncia
- Informazioni sullo stato del sinistro (in lavorazione, respinto, in attesa documentazione, ecc..)
- Informazioni sulla definizione del sinistro (pagato totale, pagato parziale, fuori garanzia di polizza)

Ogni informazione è strettamente personale, pertanto l'infortunato (o chi ne fa le veci o i suoi aventi causa) dovranno sempre fornire il numero di sinistro per avere accesso ai dati.

Collegandosi all'indirizzo www.marshaffinity.it/agesci si hanno a disposizione:

- Portale per denunciare i sinistri online (consigliato)
- Testo di polizza
- Descrizione delle modalità di denuncia sinistro