

<b>A.I.G.A.E. – Associazione Italiana Guide Ambientali Escursionistiche e dei suoi Soci</b>	
<b>Assicurato (deceduto)</b>	----- <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nome</span> <span>Cognome</span> </div>
<b>Indirizzo (Domicilio)</b>	Via <span style="float: right;">n°</span>
	CAP <span style="margin-left: 100px;">Città</span> <span style="float: right;">Prov</span>
<b>Cod. Fiscale</b>	
<b>@email eredi</b>	----- <div style="text-align: center;">Indirizzo da utilizzare per ogni comunicazione relativa al sinistro in oggetto</div>
<b>Soggetti Assicurati</b>	<input type="checkbox"/> Associati A.I.G.A.E. <input type="checkbox"/> Accompagnati in attività A.I.G.A.E: <input type="checkbox"/> di età uguale o maggiore di 18 anni <input type="checkbox"/> di età minore di 18 anni di età minore di 18 anni (indicare Nome, Cognome del genitore e indirizzo mail)  -----
<b>Tipologia di Copertura (da compilare SOLO se Associati A.I.G.A.E.)</b>	<input type="checkbox"/> Assicurazione Base <input type="checkbox"/> Assicurazione Estensione Rischi Speciali <input type="checkbox"/> Assicurazione Super Estensione Rischi Speciali
<b>Indicare la data del decesso</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>____/____/____</div> <div>Località _____</div> </div>
<b>Si è trattato di infortunio occorso in occasione di attività svolte in ambito AIGAE:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
<b>Si è trattato di incidente stradale ?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Durante tragitto verso e dal luogo di svolgimento delle attività assicurate. <input type="checkbox"/> Durante trasferte fuori sede Sarà sempre necessario fornire: - modulo CAI e/o Verbale Autorità – Patente di guida	
<b>Data</b> ____/____/____	<b>Firma dell'erede/Beneficiario</b>

## **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](mailto: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.

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

Data.....

Nome e Cognome dell'erede/beneficiario: .....

Firma dell'erede/beneficiario.....