Marsh

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

La denuncia va inviata a:
MARSH S.p.A. - Ufficio Sinistri infortuni
email: sinistri.infortuni@marsh.com
Tel: 02/48538986

A.I.G.A.E. – Associazione Italiana Guide Ambientali Escursionistiche e dei suoi Soci	
Assicurato (Infortunato)	**Nome** **Cognome**
Indirizzo (Domicilio)	**Via** **n°**
	CAP **Città** **Prov**
Cod. Fiscale	
Telefono: _ **Cellulare:** _	
@email	**Indirizzo da utilizzare per ogni comunicazione relativa al sinistro in oggetto**
Soggetti Assicurati	☐ Associati A. I. G.A.E. ☐ Accompagnati in attività A.I.G.A.E: ☐ di età uguale o maggiore di 18 anni ☐ di età minore di 18 anni, indicare Nome, Cognome del genitore e indirizzo mail: _
Tipologia di Copertura (da compilare SOLO se Associati A.I.G.A.E.)	□ Assicurazione Base □ Assicurazione Estensione Rischi Speciali □ Assicurazione Super Estensione Rischi Speciali
Data Infortunio	/ / **Località**

Ricordiamo che per istruire la pratica è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso.

Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio

Si è recato al Pronto Soccorso?
□ NO (allegare All. 1 Rapporto del Medico Curante)
□ SI (allegare Certificato di Pronto Soccorso)

Si è trattato di infortunio occorso in occasione di attività svolte in ambito AIGAE: □ NO □ SI

Si è trattato di incidente stradale ?
□ NO
□ SI: □ Durante tragitto verso e dal luogo di svolgimento delle attività assicurate.
□ Durante trasferte fuori sede
Sarà sempre necessario fornire: - modulo CAI e/o Verbale Autorità – Patente di guida

Ha subito precedenti infortuni?
□ NO □ SI, indicare
Data _ _ / _ _ / _ _ _ _ Tipo di lesione:
………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………

Data **Firma**

All. 1 **RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE**

(Da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato di Pronto Soccorso)

1	Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata
2	Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc)
3	Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?
4	Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente.
5	Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?
6	Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?
7	Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale?
8	Si presume invalidità permanente residua?
9	In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?
10	Da chi venne prestata la prima cura?

Il Medico Curante

Data…… ……..

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 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***

Data……

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: ……

Rapporto con il richiedente: ……

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: ……