



MODULO DENUNCIA SINISTRO

POLIZZA INFORTUNI E MALATTIA a tutela dei Volontari n. 174513447

La denuncia deve essere inviata a MARSH S.p.A., entro 30 gg da quando ne ha avuto conoscenza a mezzo email: misericordie.toscana@marsh.com e per cc a toscanaservizi@misericordie.org

A. Sezione relativa al volontario infortunato

Misericordia Associata di cui fa parte

Assicurato (Infortunato) Nome e Cognome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Indirizzo (Domicilio)

Comune.....Provincia..... CAP.....

Codice Fiscale _____

Telefono Assicurato

Email Assicurato

Infortuni precedenti e quali lesioni aveva riportato.....

.....

.....

.....

In caso di minore, compilare obbligatoriamente i dati anagrafici dei due genitori

Cognome e Nome.....C.F. _____

Cognome e Nome.....C.F. _____

B. Sezione relativa alle circostanze dell'infortunio

Data Infortunio Ora..... Località

Indicare l'attività specifica di volontariato che l'infortunato stava svolgendo all'atto del sinistro:

.....

.....



Descrizione dell'accaduto (eventualmente aggiungere un foglio datato e firmato da allegare alla presente)

.....
.....
.....
.....

Si è recato al Pronto Soccorso?

- NO (allegare Rapporto del Medico Curante)
- SI (allegare Certificato di Pronto Soccorso)

Conseguenze (questa dichiarazione non è impegnativa per eventuali aggravii appurati in seguito)

.....
.....
.....

Nome, cognome e indirizzo di eventuali testimoni.....
.....

C. Sezione relativa ai dati bancari (per eventuale liquidazione)

Codice IBAN (27 cifre) _____

Intestatario C/C bancario.....

Codice Fiscale _____

D. Sezione a cura della Misericordia Associata

Il sottoscritto....., Legale Rappresentante della Misericordia Associata....., certifica, sotto la propria responsabilità, le veridicità di quanto riportato alle sezioni precedenti.

Firma del Legale Rappresentante della Misericordia Associata.....

Email Misericordia

Nominativo e contatto telefonico del referente della Misericordia

.....

E. Sezione a cura dell'assicurato

- L'assicurato è coperto da altre assicurazioni infortuni: No Si.

Se sì, indicare Compagnia / n. Polizza.....

- Il sottoscritto infortunato dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato nelle precedenti sezioni corrisponde a verità (se la firma è di persona diversa dall'infortunato riportare qualifica).

Qualifica nella Misericordia Associata

Luogo e data

Firma dell'assicurato

(In caso di assicurato minorenne il presente modulo deve essere firmato da un genitore o eventuale tutore)

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

(I seguenti primi 3 punti sono da inviare entro 30 giorni dal fatto o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità, per consentire l'apertura del sinistro)

1. Modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato e firmato in ogni sua parte;
2. Fotocopia chiara e ben visibile dello stralcio del Registro delle presenze dei volontari in corso di validità alla data dell'infortunio.
3. Certificato di pronto soccorso;
4. Fatture, notule, ricevute di spese mediche (in originale)
5. Copia conforme della cartella clinica (ove presente);
6. Certificato Medico di guarigione;
7. Referti degli esami diagnostici: radiografie, ecografie, analisi, risonanza magnetica, ecc. (non inviare cd/lastre)

INFORMAZIONI IN MERITO ALLO STATO DEL SINISTRO DENUNCIATO

L'infortunato può ricevere informazioni sullo stato del sinistro denunciato nelle seguenti modalità:

- inviando una mail all'indirizzo misericordie.toscana@marsh.com
- contattando il ns customer service al n. **02.48538986** dal lunedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 12.00 e dalle ore 13.30 alle ore 16.30



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: