MODULO DENUNCIA SINISTRO

POLIZZA RCT a tutela dei Volontari n. 174513647

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. Dati anagrafici del volontario danneggiante (assicurato)

Misericordia Associata di cui fa parte ……

Assicurato - Nome e Cognome ……

Luogo di nascita …… Provincia …… Data di nascita ……

Indirizzo (Domicilio) ……

Comune……..Provincia…… CAP……..

Codice Fiscale __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Telefono Assicurato ……

Email Assicurato ……

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

Cognome e Nome……..C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Cognome e Nome……..C.F. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

B. Estremi del sinistro

Data…… Ora…… Località……..

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

……

……

Descrizione chiara e circostanziata di quanto accaduto (eventualmente aggiungere un foglio datato e firmato da allegare alla presente) ……

……

……

……

Danni provocati……

……

……

……

Sono intervenute Autorita' di Pubblica Sicurezza? ☐ No ☐ Si

Se si quali? ☐ Polizia ☐ Carabinieri ☐ Vigili urbani

Localita' delle autorita' ……

Nome, cognome e indirizzo di eventuali testimoni……

……..

……

C. Estremi del danneggiato

Cognome e Nome……

Indirizzo……

Comune……..Provincia……CAP……

Telefono ……..

Email ……

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 RC: ☐ No Si. ☐

  Se si, indicare Compagnia / n. Polizza……

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

(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'evento.
3. Eventuale copia del verbale redatto dall'Autorità intervenuta sul luogo.
4. Fotocopia del codice fiscale.
5. Richiesta danni del danneggiato.

A titolo puramente informativo si comunica che il danneggiato dovrà produrre la seguente documentazione:

a) In caso di danni a cose:
   - Richiesta danni
   - Preventivo, fattura, o comunque giustificativi spese in originale
   - Fotografie dei particolari danneggiati
   - Eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

b) In caso di danni a persone:
   - Documentazione medica
   - Certificato di guarigione
   - Eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

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: ……