

MODULO DENUNCIA SINISTRO POLIZZA D&O n. CONVENZIONE

La denuncia deve essere inviata a MARSH S.p.A., entro 30 gg da quando ne ha avuto conoscenza, in uno dei seguenti modi:

- a mezzo posta: Marsh S.p.A. - Viale di Villa Grazioli, 23 – 00196 Roma
- a mezzo mail: misericordie.toscana@marsh.com e per cc toscanaservizi@misericordie.org
- a mezzo fax: 06/54516386

A. Dati anagrafici del danneggiante (assicurato)

Misericordia Associata.....

Indirizzo.....

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

Cognome e Nome dell' interessato.....

Codice Fiscale _____

Telefono

Luogo di nascita..... Data di nascita.....

Mail:.....

Certificato di adesione n. Data rilascio.....

B. Estremi del sinistro

Sinistri precedenti No Si

Se si, quali?.....

.....

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato (eventualmente aggiungere documentazione necessaria a comprendere e descrivere il sinistro).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Richiesta di risarcimento.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'assicurato è coperto da altre assicurazioni D&O: No Si.

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

Da compilare a cura del Legale Rappresentante

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.....

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. Copia del certificato di adesione rilasciato dopo l'acquisto della polizza online.
3. Richiesta danni del danneggiato.



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

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.

o 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

Firma..... Rapporto con il richiedente.....

Nome e Cognome: Data.....