



MODULO DENUNCIA SINISTRO RESPONSABILITÀ CIVILE

CONVENZIONE FEDERAZIONE ITALIANA SCHERMA

POLIZZA GENERALI ASS.NI NR. 430347937 EFFETTO 31.08.2023 – 31.08.2024

DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIANTE

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROVINCIA _____ IL _____

INDIRIZZO VIA: _____ N. _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TELEFONO _____

CELLULARE _____ E-MAIL _____

(Genitore o Assicurato Maggiorene – si prega di scrivere in stampatello)

DATA TESSERAMENTO o AFFILIAZIONE SOC. ____/____/____ CODICE TESSERAMENTO O AFFILIAZIONE _____

CATEGORIA: A A – Paralimpici B C D – Tessera promozionale 15gg NON TESSERATI - Integrativa

DATI ANAGRAFICI DEI DUE GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

Nome Cognome CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome _____ Cognome CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA ____/____/____ ORA ____ :

Barrare una delle seguenti scelte e riportare il nome dell'evento.

GARA ALLENAMENTO CONVOCAZIONE FIS NOME EVENTO _____

LUOGO _____ PROVINCIA _____ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO _____

SONO INTERVENUTE AUTORITA' DI P. S.? SI NO SE SI QUALI? POLIZIA CARABINIERI VIGILI URBANI

LOCALITA' DELLE AUTORITA' _____ DANNI PROVOCATI: _____

DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIATO

COGNOME: _____ NOME: _____ NATO/A A: _____ IL: _____

CODICE FISCALE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INDIRIZZO: _____ N. _____

COMUNE: _____ PR.: _____ C.A.P.: _____ TEL.: _____ E.MAIL: _____

DATA ____/____/____ FIRMA DELL'INTERESSATO _____

(assicurato danneggiante o se minorene chi ne fa le veci)



DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' AFFILIATA

NOME SOCIETA' _____ AFFILIAZIONE N° _____ DEL: _____

INDIRIZZO _____ N. _____ COMUNE _____ PROVINCIA _____ C.A.P. _____

TEL/FAX _____ E-MAIL: _____

LA SOCIETA' DICHIARA CHE L'INFORTUNATO E' CORRETTAMENTE TESSERATO PER LA STAGIONE INTERESSATA? SI NO

SI DICHIARA CHE IL SINISTRO E' AVVENUTO DURANTE: _____

DATA ___/___/___ TIMBRO E FIRMA SOCIETA'

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

La documentazione indicata di seguito dovrà essere inviata a: francesca.iacobucci@marsh.com

Il sinistro deve essere denunciato **entro 30 giorni dall'accaduto**.

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

- Modulo di denuncia lesioni debitamente compilato e firmato in ogni parte
- Eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto
- Eventuale copia del verbale redatto da giudici di gara e/o direttore di corsa
- Eventuale copia del verbale redatto dall'Autorità intervenuta sul luogo
- Fotocopia del codice fiscale
- Eventuale copia altra polizza R.C.T. (in caso ne sia titolare)
- Richiesta danni del danneggiato

Marsh provvederà all'apertura della pratica con la Compagnia e informerà il danneggiante del numero di pratica attribuito dalla compagnia e dell'ispettorato incaricato alla gestione.

A titolo puramente informativo si comunica che il danneggiato dovrà produrre l'Ufficio Sinistri della Compagnia la seguente documentazione:

In caso di danni a cose:

- Richiesta danni
- Preventivo, fattura o comunque giustificative spese (in originale)
- Fotografie dei particolari danneggiati
- Copia del libretto di circolazione (nel caso l'oggetto danneggiato fosse un autoveicolo)
- Eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto



In caso di lesioni personali:

- Documentazione medica
- Certificato di guarigione
- Eventuali dichiarazioni testimoniali di terzi presenti al fatto

PRESCRIZIONE

Nella polizza Responsabilità Civile contro Terzi, i diritti dell'Assicurato nei confronti dell'Assicuratore si prescrivono in due anni dalla data in cui il terzo danneggiato gli ha richiesto il risarcimento dei danni patiti. Quindi, è necessario che l'Assicurato inoltri, prima possibile e comunque entro il termine suindicato, una comunicazione a Marsh, tramite raccomandata A.R., informando della richiesta di risarcimento danni pervenuta e allegando la relativa documentazione.

**Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'assicurato potrà rivolgersi a:
Marsh S.p.A. Viale di Villa Grazioli 23 – 00198 Roma
Ufficio Sinistri FIS - Tel. 06.545161**



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

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Marsh e altre società del Gruppo Marsh & McLennan Companies (il "Gruppo Marsh") dei dati personali da Lei comunicatici (ovvero comunicatici dalla Società alla quale Lei appartiene o all'Associazione o Cassa alla quale Lei aderisce) ai fini dell'estensione in Suo favore della polizza (descrizione polizza collettiva) in oggetto con la Compagnia di Assicurazione, nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

Natura dei dati raccolti , Finalità e Modalità del trattamento

I dati personali, ivi inclusi i dati sensibili già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'estensione in Suo favore della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci tali dati personali potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di eseguire l'incarico affidato, stipulare la polizza, gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Il trattamento di tutti i dati che La riguardano viene effettuato esclusivamente da soggetti incaricati ex art. 30 del D. lgs. 196/03, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati potranno (i) essere comunicati, alle suddette finalità, a Compagnie di Assicurazione, agenti, coassicuratori e riassicuratori, e agli altri soggetti rientranti nella catena assicurativa; inoltre, potrebbero essere trasmessi per finalità amministrativo-contabili a eventuali co-brokers, partner in RTI, soggetti esterni appositamente incaricati per la fornitura dei relativi servizi ovvero a consulenti in materia legale, contabile e fiscale; (ii) essere trattati dal Gruppo Marsh per analisi di mercato e altre finalità statistiche; (iii) registrati in banche dati del Gruppo Marsh ubicate anche al di fuori dell'Unione Europea (i.e. negli USA).

Titolare e Responsabili del Trattamento

Titolare del trattamento è Marsh S.p.A con sede in Viale Bodio 33 20158 MILANO. Potrete ottenere l'elenco dei Responsabili indirizzando richiesta scritta al Titolare all'attenzione dell'Ufficio Legal & Compliance, citando il riferimento "PRIVACY" ovvero scrivendo alla seguente casella di posta: affari.legali@marsh.com.

Diritti dell'interessato

Al sopraindicato Titolare Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n.196/03 e, in particolare (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati che La riguardano; (ii) conoscere origine, finalità e modalità del trattamenti dei dati (iii) chiederne l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi al trattamento finalizzato a scopi di marketing.



La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto, sottoscrivendo la presente informativa nello spazio sottostante.

Io sottoscritto

(nome e cognome dell'assicurato)

Letta l'informativa soprastante, autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali sensibili, per le finalità e secondo le modalità descritte nell'informativa.

Milano, li _____

Firma _____