

# Polizza Infortuni FITAV – UnipolSai

## Modulo denuncia Lesione

Compilare in stampatello e, dove presenti, utilizzare le note allegate per la corretta compilazione.  
Inoltare a [sinistri.infortuni@marsh.com](mailto:sinistri.infortuni@marsh.com)

### DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATI ANAGRAFICI GENITORI (solo se minorenne)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO/VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NUMEROTESSERA \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

Categoria Assicurato  TESSERATO  DIRIGENTE  TIRATORE AZZURRO  TESSERATO DISABILE

EMAIL: \_\_\_\_\_

Coordinate bancarie : \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ INTESTAZIONE DEL C.C. \_\_\_\_\_

### ESTREMI LESIONE

DATA/ORALESIONE \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

IL SINISTRO E' AVVENUTO DURANTE  ALLENAMENTO  GARA

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLA CAUSE CHE L'HANNO PROVOCATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI  SI  NO \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

QUALI LESIONI AVETE RIPORTATO \_\_\_\_\_ TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_

LA PRESENTE VALE QUALE:

Apertura di denuncia lesione alla quale farà seguito ulteriore documentazione

Apertura con cui si richiede la definitiva liquidazione

Invio di ulteriore documentazione relativa alla pratica del \_\_\_\_\_ Rif \_\_\_\_\_ di cui si chiede la definitiva liquidazione

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per **finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali**, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi i quelli relativi allo stato di salute. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero, nei limiti indicati nella stessa.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ do il consenso al trattamento e alla comunicazione  
(compilare in modo leggibile)

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DELLA SOCIETA'

SOCIETA' \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

Si dichiara che il sinistro è avvenuto durante: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PRESIDENTE/RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

# Polizza Infortuni FITAV – UnipolSai

## Modulo denuncia Lesione

La documentazione indicata di seguito dovrà essere inviata a:  
sinistri.infortuni@marsh.com

### IN CASO DI LESIONI

**Entro 30 gg dal fatto ( o dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità) inviare:**

1. Modulo di denuncia sinistro compilato in stampatello in ogni sua parte (compreso codice IBAN)
2. Copia codice fiscale dell'assicurato e, se minorenne, anche doppia copia del codice fiscale dei genitori
3. Copia del primo certificato medico o di Pronto Soccorso da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi e la prognosi

E a cure ultimate inviare:

1. Copia del modulo di denuncia presentato precedentemente;
2. Copia referto radiologico dal quale dovrà risultare l'identità, la data dell'effettuazione dell'indagine e il tipo di lesione per la quale si chiede il rimborso
3. Copia certificazione medica comprovante le cure e/o i trattamenti effettuati a seguito dell'infortunio fino a guarigione e copia conforme della cartella clinica
4. Per le spese mediche originale delle notule e/o fatture medico/cliniche/altro

### IN CASO DI DECESSO

**Entro 30 giorni dal fatto ( o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità) segnalare il fatto a Marsh.**

In seguito per la chiusura della pratica dovrà essere inviata la seguente documentazione:

1. Modulo di denuncia debitamente compilato da parte degli aventi diritto
2. Certificato di morte in originale
3. Stato di famiglia in originale
4. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
5. Eventuali verbali autorità intervenute
6. Cartella clinica e copia referto autoptico
7. Certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
8. Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
9. Eventuali articoli di stampa
10. Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali debitamente sottoscritto dagli aventi diritto

### PRESCRIZIONE

Nella polizza infortuni, i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro, la prescrizione può essere interrotta da una raccomandata inviata all'assicuratore nella quale l'assicurato rinnova la propria volontà ad essere risarcito.

**Per ogni dubbio che dovesse insorgere, l'Assicurato potrà rivolgersi a:**  
**Marsh S.p.A. Viale di Villa Grazioli 23 - 00198 Roma**  
**Ufficio Sinistri FITAV - Tel 06.54516.1 - Fax 06 54516386**

# Polizza Infortuni FITAV– UnipolSai

## Informativa sul trattamento dei Dati Personali a Polizza Infortuni

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali e sensibili che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali e sensibili è diretto esclusivamente all'espletamento dell'attività di cui alla legge 792/84, consiste nella mediazione con impresa di assicurazione o riassicurazione svolta nel Vostro interesse ed a seguito di Vostro incarico, nella collaborazione da noi prestata alla copertura dei rischi, nella nostra assistenza nella determinazione del contenuto dei relativi contratti e nella loro gestione ed esecuzione.
2. Il conferimento di tali dati è facoltativo, salvo il caso in cui venga richiesto da specifiche norme di legge (ad esempio: la normativa in materia di riciclaggio di denaro). In tal caso la sua mancanza potrà comportare conseguenze nella procedura di copertura dei rischi qualora i dati richiesti siano necessari a tal fine. Il conferimento di dati riferiti alla situazione sanitaria è obbligatorio ai fini della stipula di alcune tipologie di polizze (sanitarie, vita, invalidità permanente da malattia) e la sua mancanza comporterà l'impossibilità della stipula dei contratti.
3. Il trattamento dei dati può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle previste dalla Legge.
4. I dati personali non sono soggetto a diffusione ma possono essere comunicati, per l'espletamento delle attività di cui al punto 1), ad altri rappresentanti del settore assicurativo, quali ad esempio: compagnie, agenti, coassicuratori, riassicuratori, periti, consulenti, legali, ISVAP, Ministero Industria. In tal caso i dati identificati dei corrispondenti titolari e dei responsabili possono essere acquisiti presso il Garante per la protezione dei dati personali e presso gli stessi soggetti indicati. I dati possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale.
5. Gli artt. 7-10 del Decreto conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare del trattamento la conferma o meno di propri dati personali, di avere conoscenza dell'origine di tali dati, nonché le caratteristiche del trattamento; di ottenere la cancellazione o la riduzione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento per motivi legittimi.
6. Titolare del trattamento è la Marsh S.p.A., Responsabile del trattamento è il rappresentante domiciliato presso la Sede della Società in Milano, Viale Bodio 33, i cui dati identificativi possono essere acquisiti presso il registro pubblico tenuto dal Garante per la protezione dei dati e presso la sede legale e gli uffici periferici della Società.

### **D.Lgs 196/03 - Art. 7 Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il Danneggiato \_\_\_\_\_

# Polizza Infortuni FITAV – UnipolSai

## Informativa sul trattamento dei Dati Personali

### Polizza Infortuni

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, co-assicuratori 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](mailto: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 sovrastante, autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali sensibili, per le finalità e secondo le modalità descritte nell’Informativa.

Milano, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_