

Inviare (in duplice copia) a mezzo lettera Raccomandata a: Marsh S.p.A.
Via San Crispino 114 – 35129 Padova ed eventualmente anticipare a mezzo fax al n. **0498285422**
Non saranno gestite le denunce pervenute a mezzo email

RIFERIMENTI DELLA POLIZZA

- ☐ Polizza RC PROFESSIONALE n. IFL0004917 Assicuratore: AIG Europe Limited
- ☐ Polizza INFDELTA' DIPENDENTI / COLLABORATORI n. IFL0006252 Assicuratore: AIG Europe Limited
- ☐ Polizza TCM n.3281009 Assicuratore: Apulia Previdenza

Barrare con una X la copertura assicurativa che si intende attivare

DATI ANAGRAFICI

Agenzia n. _____ **Agente** _____

Indirizzo dell'Agenzia

Via _____ n. _____ cap _____ città _____ prov _____

Telefono (eventuale nr. cellulare) _____ Fax _____

Nominativo dell'agente e/o del dipendente con il quale, se del caso, potersi relazionare per la pratica in oggetto

Assicurato _____

Indirizzo dell'Assicurato

Via _____ n. _____ cap _____ città _____ prov _____

Telefono (eventuale nr. cellulare) _____

Terzo danneggiato/reclamante o controparte

I dati sopra richiesti sono indispensabili per una corretta istruzione della pratica

NOTA BENE

Al fine di evitare l'inoperatività delle garanzie di polizza, Vi precisiamo che:

- | | |
|---|---|
| ≡ | Vi dovrete astenervi dall'ammissione di responsabilità nei confronti del presunto danneggiato e/o della Vostra Mandante |
| ≡ | Qualora riceviate un Atto di citazione Vi preghiamo di segnalare immediatamente l'accaduto via telefono e di inviarci via fax, in allegato alla presente, copia dell'Atto di citazione (l'originale dello stesso deve essere trattenuto presso i Vostri Uffici salvo diverse indicazioni degli Assicuratori che Vi verranno eventualmente fornite) |
| ≡ | è necessario fornire la documentazione e i chiarimenti qui richiesti nel Vostro interesse al fine di accelerare i tempi di riscontro della pratica |
| ≡ | E' tassativamente vietato condurre direttamente trattative e/o transazioni |

ALLEGATI

≡ **Gli allegati sono da presentare sempre unitamente alla denuncia dettagliata del sinistro e sono indispensabili per l'apertura della posizione.**

IN CASO DI SINISTRO RC PROFESSIONALE:

Barrare con una X la casella di riferimento

- ☐ corrispondenza intercorsa (ad es. con il presunto danneggiato, con la vs. mandante, con legali, sub-agente e/o altro)
- ☐ copia integrale della/e polizza/e oggetto del sinistro* ed atti connessi (ad es. contrassegno in caso di sinistro auto, giornale di cassa qualora si tratti di una problematica contabile, appendici di variazione/inserimento, quietanza di rinnovo, ecc);

***si intendono le polizze da Voi emesse e sulle quali verte la contestazione del Reclamante**

- ☐ documentazione per Polizze Fidejussorie emesse in modo errato:
- copia del bando di gara;
 - descrizione delle modalità con le quali il Vostro Cliente Vi ha commissionato la polizza e relativi allegati;
 - copia della polizza fidejussoria;
 - copia conforme all'originale dell'offerta fatta "all'Ente" Beneficiario dal Vostro Cliente;
 - copia del verbale dell'Ente dal quale si rileva l'esclusione dalla gara del Vostro Cliente;
 - verbale dell'Ente da cui risulta l'aggiudicataria
 - la percentuale di ribasso applicata
- ✓ **allegare la documentazione suddetta solo qualora ne siate in possesso; in caso contrario saranno gli Assicuratori a formalizzarVi le richieste istruttorie**

☐ **IN CASO DI SINISTRO INFEDeltà**

- ✓ copia della denuncia penale che dovrà essere da Voi effettuata nei termini di legge
- ✓ copia del contratto di agenzia, sub-agenzia o di dipendenza
- ✓ copia dei fogli cassa relativi alle mancate rimesse, con indicazione delle provvigioni spettanti a:
- Agente
 - Sub-agente
- ☐ qualora lo riteniate opportuno, Vostra autorizzazione sottoscritta a fornire i dati della Compagnia Assicuratrice ai Reclamanti e/o ai legali da questi incaricati
- ☐ altro (indicare documenti allegati)

ALLEGATI

≡ **Gli allegati sono da presentare sempre unitamente alla denuncia dettagliata del sinistro e sono indispensabili per l'apertura della posizione.**

IN CASO DI SINISTRO SU POLIZZA TEMPORANEA CASO MORTE:

Barrare con una X la casella di riferimento

- ☐ Certificato di morte rilasciato dal Comune;
- ☐ Certificato medico sulle cause del decesso;
- ☐ Stato di famiglia originario;
- ☐ Atto di notorietà redatto dal Notaio, dal quale risultino sia l'identità degli eredi che l'inesistenza del testamento;
- ☐ In presenza di beneficiari minori, decreto del Giudice Tutelare che disponga in merito alle quote di capitale a loro destinate;
- ☐ altro (indicare documenti allegati)

Luogo e data _____ Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Vi forniamo le seguenti informazioni sul trattamento che Marsh e altre società del Gruppo Marsh & Mc. Lennan Companies (il "Gruppo Marsh") effettuerà dei dati personali da Voi comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza Responsabilità Civile professionale con la Compagnia di Assicurazione, e di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle richieste di indennizzo da Voi 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 giudiziari già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Vi richiederemo sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza sopra indicata e per la gestione da parte nostra del Vostro 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 e/o ai terzi danneggiati e/o ai legali da questi incaricati e infine in caso di consenso al trattamento per finalità di marketing, a società specializzate nella gestione di informazioni commerciali o relative al credito, di promozione pubblicitaria; (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.

Il sottoscritto _____
(nome e cognome dell'assicurato)

Letta l'informativa sovrastante, autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali.

Luogo e data, _____ Firma _____