

Inviare a mezzo lettera Raccomandata AR a: Marsh S.p.A. Via San Crispino 114 – 35129 Padova
oppure a mezzo posta certificata all'indirizzo: sinistri.affinity@cert.marsh.it (la stessa sarà ritenuta valida solamente se proveniente da altra posta certificata).

Non saranno gestite le denunce pervenute a mezzo email

RIFERIMENTI DELLA POLIZZA

Polizza Rc Professionale: **IFL0010938 Appendice 1** oppure **IFL0012050** Compagnia **AIG EUROPE S.A**

DATI ANAGRAFICI

Nominativo del Professionista: _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA: _____

Indirizzo dello Studio:

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____

Indirizzo Posta Certificata _____

Terzo danneggiato o controparte: _____

NOTA BENE

Allegare al presente modulo una **descrizione dettagliata** del sinistro **con Vostra versione dei fatti** completa di riferimenti cronologici, oltre alla documentazione di cui alla seguente pagina, ricordando che l'invio di una denuncia completa di tutta la documentazione permette alla Compagnia una più rapida valutazione della pratica.

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

Qualora riceviate **un provvedimento giudiziario (ad es. accertamento tecnico preventivo, atto di citazione, avviso di garanzia, o qualsiasi altro atto civile o penale)** Vi preghiamo di segnalare immediatamente l'accaduto e di inviare nel minor tempo possibile tutta la documentazione.

Vi dovrete **astenersi dall'ammissione di responsabilità** nei confronti del presunto danneggiato e/o dei legali rappresentanti

E' tassativamente vietato condurre direttamente trattative e/o transazioni

ALLEGATI

da presentare sempre unitamente alla denuncia dettagliata del sinistro ed indispensabili per l'apertura della posizione.

Barrare con una x la casella interessata:

- Descrizione dettagliata del sinistro completa della Vostra versione dei fatti e dei relativi riferimenti cronologici
- Indicazione del ruolo da Voi ricoperto nel merito dell'evento contestato (ad. esempio Responsabile della Sicurezza, Direzione Lavori, ecc...)
- Mandato professionale
- Corrispondenza intercorsa (ad es. eventuale richiesta danni della controparte, corrispondenza con la controparte, con legali e/o altro)
- Copia integrale della documentazione utile ad una corretta istruzione della pratica (ad es. progetti, incarichi e/o altro, ecc)

DICHIARAZIONI

Dichiarazione esistenza altra copertura assicurativa

Il/La sottoscritto/a dichiara che per il medesimo rischio oggetto della presente denuncia:

NON HA in corso altra copertura di responsabilità civile professionale oltre alla polizza indicata in frontespizio.

HA in corso separatamente rispetto alla copertura indicata in frontespizio un'ulteriore polizza assicurativa di cui fornisce gli estremi:

Compagnia Assicuratrice

Nr. Polizza

Massimale Assicurato

Data _____

Firma _____ 

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO 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/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**

Firma.....

Rapporto con il richiedente.....

Nome e Cognome:

Data.....