



## Modulo Denuncia Responsabilità Civile Terzi Convenzione F.I.G. e S.T. – UnipolSai

### 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 PER COMUNICAZIONI:** \_\_\_\_\_  
(Genitore o Assicurato Maggiorene)

N° TESSERA: \_\_\_\_\_ EMESSA IL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ DISCIPLINA SPORTIVA \_\_\_\_\_

### 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. In caso di gara o manifestazione, riportare il nome dell'evento.*

GARA  MANIFESTAZIONE  ALLENAMENTO  TRASFERIMENTO

LUOGO E 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

INTERVENTO AMBULANZA  SI  NO DANNI PROVOCATI: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA (Del danneggiante o di chi ne fa le veci o dell'avente diritto) \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DEL DANNEGGIATO

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ NATO/A A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_ PR.: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ E.MAIL: \_\_\_\_\_

### DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE/ SOCIETA' SPORTIVA/CIRCOLO

NOME ASSOCIAZIONE/SOCIETA'SPORTIVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

COMITATO TERRITORIALE DI \_\_\_\_\_ CODICE SOCIETA' \_\_\_\_\_

TEL/FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

Spedire via raccomandata R.R.: **MARSH S.P.A.- UFFICIO SINISTRI FIG.e.ST VIALE DI VILLA GRAZIOLI, 23 – 001981 ROMA** o all'indirizzo mail [associazioni.sportive@marsh.com](mailto:associazioni.sportive@marsh.com) il presente modulo allegando copia della Tessera FIGeST, certificato di primo soccorso e modulo privacy firmato. Sulla base di quanto espresso nell'informativa sotto allegata, apponendo la Sua firma in calce, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche effettuato da Marsh S.p.A, in qualità di Broker esclusivo incaricato dalla FIG.e.ST

Luogo e data

Nome e cognome dell'gli interessato/i (Assicurato o genitore)

Firma (assicurato o genitore)



## **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](mailto: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 chiedente.....

Nome e Cognome:.....Data.....



## **Promemoria per il tesserato FIGeST**

### **NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO RESPONSABILITA' CIVILE TERZI:**

L'assicurato/danneggiante dovrà:

inviare il modulo di denuncia insieme al trattamento dei dati e alla richiesta di risarcimento danni da parte del danneggiato, tramite lettera raccomandata A/R o via email a:

MARSH S.P.A. - UFFICIO SINISTRI FIGeST  
Viale di Villa Grazioli 23 – 00198 ROMA  
[associazioni.sportive@marsh.com](mailto:associazioni.sportive@marsh.com)

L'ufficio di gestione sinistri, ricevuto il modulo, provvederà all'apertura del sinistro e invierà alle parti una comunicazione scritta in cui verrà confermata l'apertura del sinistro, verrà comunicato il numero di riferimento della pratica e la procedura da seguire per il completamento della stessa.

**L'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLE GARANZIE DI POLIZZA VERRA' CORRISPOSTO DALLA COMPAGNIA UNIPOLSAI ASSICURAZIONI TRAMITE BONIFICO BANCARIO**