

# Convenzione AGESCI – Zurich

## Modulo denuncia Lesione

Compilare in stampatello e, dove presenti, utilizzare le note allegate per la corretta compilazione.  
Il presente modulo deve essere inoltrato dal Capogruppo o Capo Unità a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno a:  
**Sinistri Agesci - Casella Postale 10436 - UDR MILANO ISOLA - 20159 MILANO**

### DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 DATI ANAGRAFICI GENITORI (solo se minorenni)  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO/VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NUMERO CENSIMENTO \_\_\_\_\_  
 NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
 Coordinate bancarie per la liquidazione sinistro:  
 BANCA \_\_\_\_\_ AG \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
 INTESTATARIO C/C BANCARIO \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 CATEGORIA DELL'ASSICURATO:  SOCIO GIOVANE  SOCIO ADULTO  NUOVO SOCIO  OSPITE  VOLONTARI

### ESTREMI LESIONE

DATA/ORA LESIONE \_\_\_\_\_  
 LUOGO \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_  
 DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE 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 \_\_\_\_\_

Da compilarsi a cura del **Capogruppo o Responsabile dell'Unità**

### DATI CAPOGRUPPO RESPONSABILE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO/VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

### DATI GRUPPO

NOME DEL GRUPPO \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO/VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
 TIMBRO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

# Convenzione AGESCI – Zurich

## Norme da seguire in caso di Lesioni

La documentazione indicata di seguito dovrà essere inviata dal Capogruppo o Capo Unità  
a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno a:  
**Sinistri Agesci - Casella Postale 10436 - UDR MILANO ISOLA - 20159 MILANO**

### 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 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
5. In caso di rottura di denti è necessario inviare la radiografia
6. In caso di ustioni è necessario inviare le foto delle parti ustionate

### 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 ad AGESCI.**

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

### NOTA BENE

In mancanza della documentazione sopraevidenziata, necessaria per una corretta valutazione della lesione riportata, non sarà possibile dare corso alla pratica.  
Per la rottura dei denti si deve intendere la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro, di dente non deciduo ( sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli) per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica

### 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:**

**A.G.E.S.C.I. Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani - Tel. 06.68166222 - Fax 06.68166236 - E-mail [assicura@agesci.it](mailto:assicura@agesci.it)**

**MARSH S.p.A. - Tel. 02 48.538.556 - Fax 02 48.538.893 - Email: [info.agesci@marsh.com](mailto:info.agesci@marsh.com)**

## Convenzione AGESCI – Zurich

### Informativa sul trattamento dei Dati Personali Marsh S.p.A 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, li

\_\_\_\_\_

*(firma)*