

Inviare la denuncia **a mezzo posta certificata** all'indirizzo: **SINISTRI.AFFINITY@CERT.MARSH.IT** (la stessa sarà ritenuta valida solamente se proveniente da altra posta certificata)

RIFERIMENTI DELLA POLIZZA

≡ Polizza **RC PROFESSIONALE DOTTORE COMMERCIALISTA NEO ISCRITTO ALLA CNPADC** nr. **HCC25-U0014519**
Compagnia **TOKIO MARINE EUROPE S.A.**

≡ **CONTRAENTE: CNPADC (Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti)**

DATI ANAGRAFICI

≡ **Assicurato Neo Iscritto (cognome e nome):** _____

≡ **Codice Fiscale:** _____

≡ **Residente in Via** _____ **CAP** _____ **Città** _____ **Prov** _____

≡ **E-mail** _____ **Indirizzo Posta Certificata** _____

≡ **Data di iscrizione al C.P.A.D.C.** _____

≡ **Terzo danneggiato o controparte:** Cognome _____ Nome _____

I dati sopraindicati sono indispensabili per una corretta istruzione della pratica

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.

E' preferibile non consegnare copia della presente segnalazione ai reclamanti e ai legali da Essi incaricati.

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

≡ 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)

≡ 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

Vi invitiamo a osservare gli oneri contrattuali a Vostro carico in merito alla denuncia di sinistri previsti dalle singole coperture.

ALLEGATI

≡ **da presentare 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
- ☐ Mandato professionale
- ☐ Fattura emessa per la prestazione professionale in contestazione
- ☐ Richiesta danni del reclamante
- ☐ Corrispondenza intercorsa (ad es. con il presunto danneggiato, con legali e/o altro)
- ☐ Copia del Certificato di Assicurazione
- ☐ Altro (indicare i documenti allegati)

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/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**

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** _____

