

Allegato 3

Spettabile
Marsh SpA
Viale Bodio 33
20128 MILANO

Inviare via mail a: sinistri.infortuni@marsh.com

Data.....

DENUNCIA DI SINISTRO – Dipendente della Società

.....

1. GENERALITA' DEL DIPENDENTE

Cognome e nome.....
Indirizzo abitazione.....
Codice fiscale.....
Nato/a il..... a
Indirizzo e.mail.....
Recapito telefonico.....
Matricola.....
Ufficio di appartenenza.....

2. DATA E LOCALITA' DELL'INFORTUNIO

Giorno.....Mese.....Anno.....Ore.....

Località.....

3. ALTRI DIPENDENTI COINVOLTI

Le è noto che l'evento ha coinvolto altri Dipendenti? Se sì indicare i nominativi

.....

**4. DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DELL'EVENTO, DELLE CAUSE E DELLE IMMEDIATE
CONSEGUENZE**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. TESTIMONIANZE (Generalità delle persone che hanno assistito all'infortunio)

.....
.....

6. VARIE

- Da chi e come è stato assistito dopo l'infortunio?
.....
- Si è recato al Pronto Soccorso? (SI) (NO)
- Autorità intervenute.....di.....Verbale (SI) (NO)

Il sottoscritto dichiara che le informazioni sopra riportate sono conformi al vero e se ne assume la piena responsabilità

*Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle disposizioni e dei diritti di cui al di cui all'art. 7 D.lgs. n° 196/2003 nonché del Regolamento Generale sulla protezione dei dati **UE 2016/679 (GDPR)** in tema di trattamento dati personali ed esprime il suo consenso al trattamento dei suoi dati sensibili per le finalità attinenti la gestione dell'evento.*
Data..... Firma.....

SI ALLEGA VERBALE PRONTO SOCCORSO/CERTIFICATO MEDICO (1)

Data..... Firma.....

Per informazioni sulla compilazione del modulo o sul prosieguo della pratica potete contattare il servizio **Customer Service Sinistri Infortuni** al n° **0248538986** dal lunedì al giovedì dalle ore 9.15 alle 12.00 e dalle ore 13.30 alle ore 16.30

(1) Il verbale P.S./certificato medico deve contenere una descrizione dettagliata della lesione, delle sue cause e conseguenze.