

MODULO IN02 (compilare in stampatello) **ASSISTENZA INFORTUNI****DENUNCIA DELL'INFORTUNIO**

far compilare il modulo IN02/1 allegato dal medico curante o produrre certificato di pronto soccorso

Spettabile
MARSH S.P.A.
ufficio sinistri
Viale Bodio, 33
20158 Milano (MI)

sinistri.infortuni@marsh.com

DENOMINAZIONE AZIENDA ASSOCIATA _____	CODICE AZIENDA _____
ASSISTITO _____	
NATO A _____	IL _____
ABITANTE A _____	PROV. _____
IN VIA _____	CAP _____
TELEFONO _____ / _____	FAX _____ / _____
POSTA ELETTRONICA _____	
CATEGORIA DI APPARTENENZA _____	
DATA INFORTUNIO _____	LOCALITÀ _____

1) Ha in corso altre polizze infortuni? In caso positivo, presso quali Compagnie di Assicurazione? E per quali massimali?	
2) Indicare eventuali precedenti infortuni subiti?	
3) Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio?	
4) Indicare nominativo ed indirizzo dei testimoni presenti al fatto	
5) E' intervenuta l'Autorità Quale? E' stato redatto verbale?	

NOTA BENE: Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE PER PROCEDERE ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO**Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____
C.F. _____**premesse che**

- (i) **ho preso visione** dell'INFORMATIVA SULLA PRIVACY di cui sopra e dei diritti ivi riconosciuti compreso il diritto di revoca del consenso;
- (ii) **ho preso atto che** Assidim al fine di adempiere alle richieste di rimborso dirette di spese mediche avrà necessità di raccogliere e trattare Dati relativi alla salute;
- (iii) **ho preso atto che** per il corretto e lecito trattamento degli stessi si rende necessario espresso ed esplicito consenso da parte dei soggetti al quale si riferiscono le spese mediche oggetto della richiesta di rimborso e che in assenza Assidim non potrà quindi trattare tali dati e non potrà procedere al rimborso delle spese mediche;
- (iv) **dichiaro e garantisco** di aver ottenuto apposita autorizzazione da parte dei componenti del mio nucleo familiare a comunicare e trattare/fare trattare i Dati relativi alla salute al fine di ricevere la prestazione assistenziale.

presto espressamente ed esplicitamente il mio consenso per trattare i miei Dati personali relativi alla salute, affinché Assidim in qualità di titolare del trattamento dei Dati possa dar seguito alla presente richiesta di rimborso delle spese mediche.

_____, li __/__/____

Firma _____

MODULO IN02/1 (compilare in stampatello) PER ASSISTENZA INFORTUNI**RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE**

Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata	
Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc.)	
Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?	
Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difettoso di corpo e di mente?	
Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?	
Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue ordinarie occupazioni?	
Conseguenze immediate della lesione: Inabilità temporanea totale	
Inabilità temporanea parziale	
In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?	
Da chi venne prestata la prima cura?	

NOTA BENE: Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.

Data _____

Firma del medico curante _____