

**DENUNCIA DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**  
**Allegare la certificazione medica attestante la perdita permanente di autosufficienza nonché la relazione medica sulle cause**

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 DELLA PERDITA DELLA AUTOSUFFICIENZA _____	LOCALITÀ _____

**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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_