

# MODULO INDENNITA' COVID-19 (compilare in stampatello)

Spettabile  
MARSH S.P.A.  
Ufficio Sinistri  
Viale Bodio, 33  
20158 Milano (MI)  
indennita.covid19@marsh.com

La consegna del presente modulo è affidata a Marsh S.p.A. che, secondo un contratto di servizi stipulato con ASSIDIM, fornisce il proprio supporto nelle attività di gestione dei sinistri.

DENOMINAZIONE AZIENDA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_  
DENOMINAZIONE GRUPPO AZIENDALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_  
ASSISTITO \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
IN VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_  
CATEGORIA AZIENDALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
DATA EVENTO \_\_\_\_\_ LOCALITÀ \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA AL RICOVERO PER COVID-19 O COPIA DELLA LETTERA DI DIMISSIONI CON EVIDENZA DELLA DIAGNOSI, DELLA DURATA DEL RICOVERO E DELL'EVENTUALE PERIODO DI TERAPIA INTENSIVA**

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 INDENNIZZO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, premesso che:

- (i) ho preso visione dell'INFORMATIVA SULLA PRIVACY 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 indennizzo avrà necessità di raccogliere e trattare Dati relativi alla salute;
- (iii) ho preso atto che al fine di adempiere alla richiesta di indennizzo Assidim potrà contattare l'Azienda che ha stipulato la copertura (di seguito "Azienda"), presso la quale o per la quale presto attività lavorativa come dipendente e/o assimilato, per verificare la sussistenza del rapporto di lavoro/collaborazione con quest'ultima, prendendo altresì atto che tale verifica - per la quale verranno comunicati all'Azienda unicamente i miei dati anagrafici - è idonea a rilevare all'Azienda il mio stato di salute;
- (iv) ho preso atto che per il corretto e lecito trattamento degli stessi, ivi incluso per il trattamento di cui al punto iii) di cui sopra, si rende necessario il mio espresso ed esplicito consenso e che in assenza Assidim non potrà quindi trattare tali dati e non potrà procedere all'indennizzo;

Affinché Assidim, in qualità di titolare del trattamento dei Dati, possa dar seguito alla presente richiesta d'indennizzo presto espressamente ed esplicitamente il mio consenso a contattare l'Azienda per la verifica di cui al punto iii) di cui sopra e a trattare i miei Dati personali relativi alla salute,

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_