MARSH

MARSH S.p.A. - Ufficio Sinistri infortuni
email: sinistri.infortuni@marsh.com
Tel: 02/48538986

OGGETTO: Denuncia su Copertura assicurativa Cassa di Previdenza dei Dipendenti del Gruppo Credito Emiliano – FONDO PENSIONE

Assicurato	..... **Nome** **Cognome**
Indirizzo (Domicilio)	**Via** **n°** **CAP** **Città** **Prov**
Cod. Fiscale	
@email	..... **Indirizzo da utilizzare per ogni comunicazione relativa al sinistro in oggetto**
Data Sinistro	___/___/____
Tipo di Malattia/ Infortunio (Breve descrizione)	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

Richiedo l'attivazione della copertura in oggetto ed allego adeguata certificazione medica attestante:

- ☐ **Decesso dell'Assicurato**

- ☐ **Esistenza dello stato di invalidità permanente dell'assicurato**

- ☐ **Diagnosi di una patologia prevista dalla copertura Dread Disease (***ATTENZIONE: è necessario inviare copia completa della cartella clinica o copia di tutta le documentazione clinica idonea a certificare la patologia, così come definita dall'art. 8.3 – Rischio Malattia Grave)*

MODULO PRIVACY

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***

Data……

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: ……

Rapporto con il richiedente: …… ……

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: ……