

# FONDAZIONE ENASARCO

ROMA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE ASSITALIA N. 273 00719512 AGENTI DI COMMERCIO

## DENUNCIA DI INFORTUNIO

(Da inoltrare all'Unità Organizzativa Prestazioni PRE/PIP – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 ROMA)  
(Raccomandata A.R.)

Matricola Enasarco

n. \_\_\_\_\_

(Dato indispensabile)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data dell'evento \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

L'evento è avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale?  SI  NO

Descrizione: \_\_\_\_\_

### DIAGNOSI

Ha comportato applicazione di apparecchio d'immobilizzazione?  SI  NO

Ha comportato ricovero?  SI  NO

Ha comportato intervento chirurgico?  SI  NO

Ha comportato intervento chirurgico in regime di Day Hospital?  SI  NO

Data di ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Degenza domiciliare dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE INFORTUNIO

- **Dichiarazione della Ditta mandante da cui risulti:**
  - a) che l'evento indennizzabile è avvenuto in pendenza di rapporto;
  - b) la data di inizio del rapporto di agenzia;
  - c) che la ditta stessa non ha altra polizza assicurativa a favore dell'agente.
- **Modalità evento** (descrizione dell'infortunio come sopra specificato)
- **Certificato** ricovero pronto soccorso, con indicazione della prognosi
- **In caso di gessatura o di tutore immobilizzante:** certificato di rimozione dell'apparecchio di immobilizzazione
- **In caso di ricovero:** copia della cartella clinica
- **Certificati** attestanti tutto il periodo di degenza domiciliare redatti da un medico appartenente al Servizio Sanitario Nazionale su carta intestata e riportante il timbro del Codice Regionale
- **Certificato** di guarigione

Sottoscrizione dell'allegata informativa sul trattamento dei dati personali (Art. 10 Legge 31-12-96 n. 675)  
(In caso di assenza della suddetta sottoscrizione non si potrà dare corso alla domanda di risarcimento)

N.B.: Per l'accredito dell'indennizzo sul c/c bancario, si prega di indicare i dati relativi.

BANCA..... C/C ..... ABI ..... CAB .....

ATTENZIONE : RICORDIAMO AGLI INTERESSATI CHE QUALUNQUE INFORTUNIO PUO' DARE ESITI DI INVALIDITA' PERMANENTE CON PAGAMENTO DI SOMMA SUPPLETIVA ALLA DIARIA.

Se l'infortunio ha causato una invalidità permanente, dovrà essere inviata la relazione medica che quantifichi la percentuale di invalidità.