FONDAZIONE ENASARCO

ROMA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE ASSITALIA N:273 00719512 AGENTI DI COMMERCIO

DENUNCIA DI RICOVERO PER MALATTIA

(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. _____

Causa del ricovero (diagnosi)

Durata del ricovero dal _____ al _____

Ha comportato intervento chirurgico? ☐ SI ☐ NO

Ha comportato intervento chirurgico

in regime di Day Hospital ? ☐ SI ☐ NO

Degenza domiciliare dal _____ al _____

Data _____ Firma _____

DOCUMENTI DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE DELLA MALATTIA

- **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.*
- **Copia della cartella clinica**
- **Certificati** attestanti tutto il periodo di degenza domiciliare
- **Certificati** attestanti i cicli di Radio o Chemioterapia (ogni ciclo di Radio o Chemioterapia dovrà essere accompagnato da un certificato di degenza domiciliare)

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)

ATTENZIONE: I certificati devono essere redatti da un medico appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, su carta intestata e riportante il timbro del codice regionale o **in alternativa** dal chirurgo che ha eseguito eventuale intervento. (Esempio: il Sig. _____ da me operato, necessità di giorni _____ di degenza domiciliare).

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

BANCA _____ C/C _____ ABI_____ CAB_____