

FONDAZIONE ENASARCO

ROMA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE ASSITALIA N:273 00719512 AGENTI DI COMMERCIO
RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI A SEGUITO DI INFORTUNIO O 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. _____

Tipo di intervento _____

Durata del ricovero dal _____ al _____

DOCUMENTI DA INVIARE PER LA LIQUIDAZIONE

- **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 completa, integrata, se del caso dagli originali delle prescrizioni e degli accertamenti relativi alle spese pre-ricovero nonché delle prescrizioni di esami, trattamenti e cure in genere relative alle spese post-ricovero.**

- **Originali delle fatture e delle notule di spesa, regolarmente quietanzati. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato e delle spese già rimborsate dall'assicuratore privato. La documentazione delle spese è acquisita dalla Società; tuttavia, a richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione dell'importo liquidato e della data di liquidazione. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia con valuta in Euro.**

- **Sottoscrizione informativa trattamento dati sensibili (legge 675/96) di cui in allegato.**

A seguito d'infortunio:

- **la descrizione di come è avvenuto l'infortunio (luogo, giorno, ora dell' evento e delle cause che lo determinarono).**

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

BANCA _____ C/C _____ ABI _____ CAB _____

Data _____

Firma _____