(Raccomandata A.R.)

UFFICIO BROKER
c/o FONDAZIONE ENASARCO
Via Antoniotto Usodimare, 31
00154 – ROMA –
e-mail:ufficiobroker@sapri.it

POLIZZA DI ASSICURAZIONI INA ASSITALIA N. 10000411580 AGENTI DI COMMERCIO
DENUNCIA DI RICOVERO PER MALATTIA

Matricola Enasarco n. | | | | | | | | |

Il/La sottoscritto/a Cognome_____ Nome _____

Via_____

Città_____Prov._____ Cap _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito Telefonico _____ E-mail_____

Causa del ricovero (diagnosi) _____

Durata del ricovero dal _____ al _____

DOCUMENTI INDISPENSABILI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

1. Sottoscrizione dell'allegata informativa sul trattamento dei dati personali art. 13 D.lgs 196/2003 **(In caso di assenza della suddetta sottoscrizione non si potrà dare corso alla domanda di risarcimento)**
2. Copia della cartella clinica.
3. Certificati attestanti tutto il periodo di degenza domiciliare (liquidabile solo a seguito di intervento chirurgico, Infarto o Ictus).
4. Certificati attestanti i cicli di Radio o Chemioterapia (ogni ciclo di Radio o Chemioterapia dovrà essere accompagnato da un certificato di degenza domiciliare).
5. 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.

N.B.: L'esatta e puntuale compilazione del modulo e la produzione della documentazione sopra richiesta sono elementi indispensabili per la gestione del sinistro e per la conseguente liquidazione delle somme spettanti.
L'ufficio preposto alla ricezione della documentazione ed alla trattazione della pratica declina ogni responsabilità in caso di mancato esito del sinistro derivante da incompleta produzione della documentazione necessaria.

Per l'accredito all'indirizzo su c/c bancario, si prega di indicare i dati relativi.

BANCA_____IBAN _____

Data_____ Firma _____