

**MODULO PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO INVALIDITA' PERMANENTE O
MORTE DA INFORTUNIO**

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa, al seguente indirizzo:

FONDAZIONE ENASARCO
RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede l'indennizzo

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell.(*) _____ E-mail _____

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE L'INDENNIZZO

NO SI* _____

***SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

Coordinate bancarie su cui effettuare la liquidazione (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: _____

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione della richiesta di indennizzo o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Assicurazione Salute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Data compilazione: _____

Firma del titolare della copertura: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – REGOLAMENTO UE 2016/679

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondazione Enasarco, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Interessato _____ Firma per Consenso _____

SEGNARE CON UNA CROCETTA LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

INVALIDITA' DA INFORTUNIO:

- Dichiarazione contenente l'indicazione del luogo , giorno ed ora dell'evento nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento
- Certificato di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma comprensivo delle certificazioni mediche , degli esami strumentali e degli accertamenti radiologici effettuati
- Copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria in caso di sinistro conseguente ad un atto violento
- Copia conforme della cartella clinica in caso di ricovero
- Copia delle certificazioni mediche successive all'incidento con indicazione del relativo decorso clinico
- Copia dell'eventuale richiesta di riconoscimento dell' invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito
- Copia della patente di guida
- Certificato medico con indicazione dei postumi invalidanti (da inviare in originale)

IN CASO DI DECESSO:

- Dichiarazione contenente l'indicazione del luogo , giorno ed ora dell'evento nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento (copia verbale autorità giudiziaria)
- Certificato di morte (da inviare in originale)
- Stato famiglia
- Referto autoptico e/o certificato attestante le cause della morte
- Cartella clinica
- Atto sostitutivo di notorietà attestante gli eredi aventi diritto e eventuale certificato di non gravidanza per moglie
- In presenza di figli minori Autorizzazione del Giudice Tutelare