



**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  
Servizio Prestazioni/PIF  
Via A. Usodimare, 31 – 00154 Roma, Italia

**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, Fondazione Enasarco 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 – D. Lgs 196/2003**

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, 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'infornio 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