

Funzione:
Ufficio:

Modulo di Denuncia Sinistro

(Utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente Modulo dovrà pervenire unitamente alla documentazione medica di spesa a :
Sinistri Enasarco RSM c/o **Poste Assicura S.p.A. - Viale Beethoven,11 - 00144 Roma**, a mezzo
PEC: sinistri.enasarco@pec.poste-assicura.it, oppure nella sua area riservata sul sito
www.postewelfareservizi.it

Il /La sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/La sottoscritta invia Integrazione

Dati Anagrafici titolare della copertura

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____
Comune _____ Prov _____
Recapito telefonico _____ Indirizzo email _____

DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___/___/____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____

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, Poste assicura si riserva la facoltà di richiedere la documentazione in originale

Luogo e data .../...../.....

Firma dell'assicurato:.....

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non aver effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
• www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Funzione
Ufficio

PRESTAZIONI I N CASO DI MALATTIA

Indennità da intervento chirurgico

Indennità da ricovero senza intervento Chirurgico

Copia della cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale copia completa della documentazione clinica e/o referto operatorio

Indennità di degenza domiciliare a seguito di trattamento chemioterapico o radioterapico

Certificati attestanti i cicli di chemio e radioterapia
Certificazione di prescrizione di degenza domiciliare

Indennità di degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto ad infarto o ictus

Copia della cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera

Certificato di prolungamento della degenza domiciliare

Indennità di degenza a seguito di applicazione di collare cervicale

Indennità di degenza domiciliare a seguito di punti sutura

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico ed altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura fino a 20 giorni

PRESTAZIONI I N CASO DI INFORTUNIO

Indennità di degenza domiciliare a seguito di applicazione tutore immobilizzante sostitutivo di gessatura, bendaggio elastico ed altri presidi medici equivalenti in assenza di frattura oltre i 20 giorni

Indennità d degenza domiciliare a seguito di applicazione di gessatura o di altro mezzo di immobilizzazione a seguito di frattura senza intervento chirurgico fino a 30 giorni

Indennità d degenza domiciliare a seguito di applicazione di gessatura o di altro mezzo di immobilizzazione a seguito di frattura senza intervento chirurgico oltre i 30 giorni

Verbale di pronto Soccorso con indicazione dei giorni di prognosi

Dichiarazione attestante la modalità dell'infortunio
Certificato di prolungamento della degenza domiciliare

Certificato di guarigione o certificato di rimozione dell'ingessatura o dell'apparecchio immobilizzante

Rimborso spese per Grande Intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia

Copia della cartella clinica completa di scheda di dimissione

Copia delle prescrizioni mediche relative ad accertamenti, esami clinici, visite specialistiche, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali eseguite prima o dopo l'intervento chirurgico

Copia delle fatture e/o note di spesa

Indennità da parto

Copia del certificato di nascita del neonato

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
• www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Funzione

Ufficio

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

LEGGERE ATTENTAMENTE LA SOTTOSTANTE INFORMATIVA PRIVACY

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 2016/679/UE

“Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali”

Con riferimento all'Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all'atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A (di seguito Compagnia), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.

La informiamo che l'elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Beethoven, 11, 00144.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data/...../.....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l'eventuale assenza non consente l'avvio della pratica di liquidazione

Poste Assicura S.p.A.

00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
• www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

