

In osservanza al disposto del D. Lgs 196/2003 e del Reg. UE 2016/679 - GDPR e s.m.i. legge 196/2003, i dati contenuti nel presente modulo verranno utilizzati esclusivamente per poter garantire l'erogazione delle prestazioni a favore degli aventi diritto.



Spett. le
Agenzia Zurich Equilibri 1 srl
Viale Tre Martiri, 45/1
45100 Rovigo, RO

**CONVENZIONE DIARIA SIP
SOCIETA' ITALIANA DI PEDIATRIA**

DENUNCIA DI SINISTRO 30 giorni di MALATTIA / INFORTUNI

Persona di riferimento: Monica Garbato
Inviato per e-mail all'indirizzo: monica.garbato@equilibrisrl.com
Telefono + 39 0425 22267 Fax + 39 0425 24083

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome e Nome | |
| Codice Fiscale | |
| Data e luogo di nascita | |
| Domicilio | |
| Indirizzo e-mail | |
| Recapito telefonico | |
| Sede di lavoro | |

| | |
|--------------------------|--|
| Data e luogo dell'evento | |
| Descrizione dell'evento | |

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

| | |
|--|--|
| <u>Per la denuncia del sinistro:</u> Il tutto deve pervenire entro 3 giorni dalla data di inizio malattia. In caso di ricovero entro 3 giorni dalla data di dimissione. | - Dichiarazione riportante la data di inizio malattia, il nome del medico sostituto e la reperibilità durante la malattia; |
| | - Certificato medico con diagnosi e prognosi; |
| | - In caso di ricovero lettera di dimissione con diagnosi e prognosi; |
| <u>Per la chiusura del sinistro</u> | - Copia comunicazione inviata all'ULSS. |
| | - Copia fattura del sostituto comprovante l'avvenuto pagamento e il periodo durante il quale il servizio è stato effettuato; |
| | - Numero totale di assistiti in carico; |
| | - IBAN dell'assicurato su cui fare ordine di pagamento dell'indennizzo |

Data.....

Firma dell'infortunato