MODULO PER LA RICHIESTA RIMBORSO
Piano Infortunistico Iscritti ENMOA in convenzione con:

CHUBB INSURANCE COMPANY OF EUROPE

STUDIO MANGANO ASSICURAZIONI & FINANZA INSURANCE BROKER

IMPORTANTE la denuncia di sinistro deve essere inviata mezzo raccomandata :
Spett.le Ufficio Sinistri Enmoa c/o STUDIO MANGANO ASSICURAZIONI E FINANZA s.r.l.
- PIAZZA BOLOGNA, 49 - 00162 ROMA
e-mail: assicuraenmoa@studiomangano.it Per informazioni: 800.235.532

ASSICURATO: Cognome_____ Nome _____

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome_____Nome_____

Nato il_____ a _____ Prov _____ Residente in via _____

CAP_____Città_____Prov_____Cod.Fiscale|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefono_____ Telefono cellulare_____Indirizzo E-Mail_____

Descrizione analitica dell'evento (indicare data, ora e luogo dell'evento):
(Garazie Assicurate: Morte ed Invalidità Permanente)

_____

_____

_____

_____

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a:_____ Banca/Posta_____

Codice IBAN	

Documentazione richiesta:

- la presente denuncia di sinistro debitamente compilata in ogni sua parte
- documentazione medica rilasciata e relative ricevute di spesa
- certificato medico di chiusura
- copia del modulo di adesione
- copia del bonifico effettuato per adesione alla polizza

Informativa Privacy (obbligatorio sottoscrivere per essere inseriti nell'archivio)
Informativa ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali.
La informiamo che i dati raccolti a seguito della compilazione del presente modulo, verranno trattati per i fini istituzionali (comunicati, giornali, newsletter ecc…), in forma cartacea e/o elettronica e conservati presso la sede dello Studio Mangano Assicurazioni e Finanza srl, titolare del trattamento riguardanti i dati di tutti gli associati, concernenti la gestione della polizza "infortuni", dalla Chub Assicurazioni S.p.a. –
In relazione ai suoi dati personali potrà esercitare tutti i diritti previsti dall'art. 7 del Dlgs 196/2003, rivolgendosi direttamente a Studio Mangano Assicurazioni e Finanza srl, Piazza Bologna, 49, 00162 Roma o limitatamente al rapporto assicurativo alla Chub Assicurazioni S.p.a.
Preso atto delle informazioni ricevute mediante l'informativa sopra riportata, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali da parte dello Studio Mangano Assicurazioni e Finanza srl e della Chub Assicurazioni S.p.a. e dagli intermediari assicurativi abilitati per le finalità sopra descritte, essendo consapevole che potrò chiederne in ogni momento la cancellazione dagli archivi.

Data…… Firma ……

N.B. La mancata sottoscrizione della sezione riservata all'informativa sul trattamento dei dati personali renderà impossibile procedere alla stipula della polizza.

Data _____ Firma del Titolare _____