



**Documenti da allegare** in caso di infortuni, entro **60 giorni** dal verificarsi dell'evento:

- Copia del documento attestante il regolare pagamento degli ultimi 3 F24 a favore di Ebisep (EB04)
- Copia dell'attestato di malattia indicante la prognosi/assenza di lavoro regolarmente comunicato all'INPS.
- Copia della documentazione attestante la RAL annua e le contribuzioni Inps.
- Documentazione attestante le spese sostenute dal dipendente per il ricovero e/o le cure fisioterapiche.
- I riferimenti Iban del dipendente infortunato per procedere al relativo accredito.

Indicare la presenza di altre polizze assicurative che presentano garanzie inerenti alla copertura dell'evento occorso e qui denunciato.

**Compagnia assicurativa:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Numero di Polizza:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Documenti da allegare in presenza di altra copertura assicurativa:**

-	Certificato assicurativo della compagnia interessata	
-	Condizioni di Polizza della compagnia interessata	

Io Sottoscritto ..... , autorizzo espressamente la Nobis Compagnia di Assicurazione SPA ad acquisire tutte le informazioni necessarie riguardanti infermità e/o menomazioni causate da infortunio, sia passate che presenti, a proposito della mia persona, presso medici curanti, ospedali e aziende sanitarie locali e sciogliendo a tal fine gli stessi dal segreto professionale. Autorizzo altresì ad acquisire qualsiasi altra informazione sia necessaria per la gestione del sinistro qui denunciato.

DATA

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

FIRMA

.....

Io Sottoscritto ..... ,

assicuro che le informazioni da me fornite corrispondono alla verità e sono consapevole del fatto che indicazioni false o non corrispondenti al vero potranno avere come conseguenza la perdita della copertura assicurativa.

DATA

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

FIRMA

.....

**COMPILARE E RESTITUIRE VIA E-MAIL:**  
[sna@nobis.it](mailto:sna@nobis.it)  
**UFFICIO LIQUIDAZIONE SINISTRI, VIA LANZO 29 BORGARO TORINESE**