

MODULO DI RICHIESTA INDENNITA'

Il sottoscritto Datore di lavoro domestico:

Cognome: _____ Nome: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Tel: _____

Dichiara l'infortunio occorso in data ____ - ____ - _____ al proprio dipendente:

(la copertura assicurativa agisce in caso di decesso o invalidità permanente del dipendente)

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

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

Ai sensi ed in ottemperanza con quanto previsto dall'Art. 11 del Regolamento di Codesta CAS.SA.COLF il sottoscritto Vi invia la presente comunicazione corredata dei seguenti documenti:

1) MODULO RICHIESTA DATI che devono essere forniti dal Datore di Lavoro (**MRD/DL**) compilato e firmato dallo stesso;

2) Numero ricevute attestanti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale effettuate relativamente sia ai quattro trimestri precedenti il trimestre durante il quale è avvenuto l'infortunio sia al trimestre in cui l'infortunio è avvenuto;

Le ricevute di cui sopra vengono allegate in fotocopia.

Il sottoscritto è consapevole che la CAS.SA.COLF ha il diritto di chiederne gli originali o le copie autentiche

3) informativa e dichiarazione di consenso ai sensi della Legge 196/03 (privacy) (**MIC/DL**) compilato e firmato.

4) copia della comunicazione dell'infortunio inviata alla Compagnia Assicuratrice ovvero all'Agenzia.

5) copia documento d'identità del Datore di Lavoro in corso di validità

La suddetta documentazione verrà tempestivamente inoltrata alla Compagnia assicurativa Fondiaria SAI S.p.a. che provvederà a prendere contatto direttamente con l'iscritto/a per le procedure di tutela.

Data ____ - ____ - _____

Firma del datore di lavoro _____