

Spett. le
Aon S.p.A.
Via Calindri, 6
20143 Milano MI

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI**ASS. RC PROFESSIONALE E INFORTUNI ex DM 22.09.2016****Sezione INFORTUNI**

Inviata per e-mail all'indirizzo:

gianalberto.bucchieri@aon.itavvocaticnf@aon.it

Polizza AIG n.	ICFN000001.	(numero certificato)
Contraente/Assicurato		
Codice Fiscale/P. IVA		
Data e luogo di nascita		
Domicilio		
Indirizzo e-mail		
Recapito telefonico		

QUALIFICA	<input type="checkbox"/> AVVOCATO <input type="checkbox"/> COLLABORATORE <input type="checkbox"/> PRATICANTE
-----------	--

DATA INFORTUNIO _____	LOCALITA' _____
------------------------------	------------------------

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- o certificato rilasciato dal Pronto Soccorso;
- o referti dei primi esami strumentali effettuati;
- o copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente);
- o successiva documentazione medica o certificazione di terapie effettuate e relative ricevute di spesa
- o copia cartella clinica integrale in caso di ricovero
- o certificato medico definitivo e/o perizia medico-legale (a definitiva guarigione)

Le chiediamo di accedere al seguente [LINK](#) per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy

Data..... Firma dell'Assicurato

1 - Descrizione del modo in cui è avvenuto l'incidente:

2 - Si è recato al Pronto Soccorso?

SI NO

- se **SI** allegare certificato di Pronto soccorso;
- se **NO** far compilare dal medico curante - ALL. 1

3 - Si è trattato di infortunio professionale?

SI NO

4 - Si è trattato di un infortunio in "itinerare"?

SI NO

5 - Dove è avvenuto l'incidente?

- STUDIO TRIBUNALE
- SPOSTAMENTO (specificare tragitto e mezzo utilizzato) _____
- ALTRO (specificare) _____

Allegare:

- Modulo CAI e/o Verbale Autorità intervenute o, in alternativa, descrizione circostanziata dell'incidente stradale;
- Nel caso si stesse utilizzando mezzo che necessita licenza di guida allegare relativa patente (fronte/retro) valida al momento del sinistro.

6 - HA SUBITO PRECEDENTI INFORTUNI?

SI NO

se si indicare:

- 1) Data _____
Tipo di infortunio _____
- 2) Data _____
Tipo di infortunio _____

7 - HA ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE?

SI NO

se si indicare:

- Compagnia di Assicurazione _____
- Massimali _____

(da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato di Pronto Soccorso)

1 - Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata

2 - Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc.) ?

3 - Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti ?

4 - Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente ?

5 - L'Infortunato è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo ?

6 - Può disimpegnare fin d'ora, almeno in parte, le sue originarie occupazioni ?

7 - Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale ?

8 - Si presume invalidità permanente residua ?

9 - In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica ?

10 - Da chi venne prestata la prima cura ?

Data

Il medico Curante
