

DENUNCIA DI INFORTUNIO

Da inviare via mail a: Gianalberto.Bucchieri@aon.it e avvocaticnf@aon.it

POLIZZA n. ICFN000001. _____ (numero certificato) Intermediario: AON - Cod. 270

Contraente/Assicurato:

Sede legale: _____

C.F./P.IVA: _____

Telefono _____

QUALIFICA

AVVOCATO

COLLABORATORE

PRATICANTE

INFORTUNIO

DATA _____ LOCALITA' _____

Per una puntuale e sicura gestione della pratica, autorizzo ai sensi della normativa vigente, ad inviarmi ogni comunicazione alle seguente indirizzo mail:

MAIL: _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Confermando di aver perso visione dell'informativa che mi è stata fornita ai sensi della normativa vigente, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per **finalità connesse agli obblighi previsti dalla Legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali.**

Fornisco invece il necessario consenso per il trattamento dei dati sensibili, categoria in cui sono compresi quelli relativi allo stato di salute e all'eventuale trasferimento all'estero dei dati inerenti il sinistro, nei limiti indicati dalla stessa.

Io sottoscritto/a _____
firmando il modulo do il consenso al trattamento dei miei dati sensibili per la gestione del rapporto assicurativo

Data _____

Firma dell'interessato _____

1 DESCRIZIONE DEL MODO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO:

2 SI E' RECATO AL PRONTO SOCCORSO?

SI NO

se *si* allegare certificato di pronto soccorso
se *no* far compilare dal medico curante ALL. 1

3 SI E' TRATTATO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE?

SI NO

4 SI E' TRATTATO DI INFORTUNIO IN ITINERE?

SI NO

5 DOVE E' AVVENUTO L'INFORTUNIO?

STUDIO TRIBUNALE

SPOSTAMENTO specificare tragitto e mezzo utilizzato _____

ALTRO specificare _____

Allegare:

- * Modulo CAI (constatazione amichevole incidente) 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

5 HA SUBITO PRECEDENTI INFORTUNI?

SI NO

se si indicare:

1) data _____

Tipo di Infortunio _____

2) data _____

Tipo di Infortunio _____

6 HA ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE?

SI NO

se si indicare:

* Compagnia di Assicurazione _____

* Massimali _____

(da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato del 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 RISCOVTRANO TRACCE DI LESIONI ANTECEDENTI?

4 ERA FERITO PRIMA DELL'INFORTUNIO, GIA' INVALIDO, MUTILATO, DIFETTI DI CORPO O DI MENTE?

5 L'INFORTUNATO E' COSTRETTO A RIMANERE A LETTO E PER QUANTO TEMPO?

6 PUO' DISIMPEGNARE FIN D'ORA, ALMENO IN PARTE, LE SUE ORIGINARIE OCCUPAZIONI?

7 CONSEGUENZE IMMEDIATE DELLA LESIONE: INABILITA' TEMPORANEA TOTALE / PARZIALE?

8 SI PRESUME INVALIDITA' PERMANENTE RESIDUA?

9 IN QUALE GIORNO IL FERITO RICORSE PER LA PRIMA VOLTA ALL'ASSISTENZA MEDICA

10 DA CHI VENNE PRESTATO LA PRIMA CURA?

Data

Il Medico Curante
