

## DENUNCIA DI INFORTUNIO

Da inviare via mail a: [Gianalberto.Bucchieri@aon.it](mailto:Gianalberto.Bucchieri@aon.it) e [avvocaticnf@aon.it](mailto: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

---