

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
GARANZIA INFORTUNI**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso, unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 7), **ENTRO 10 GIORNI** preferibilmente a **MEZZO MAIL** ai seguenti riferimenti:

AON SPA
@email: daniele.pasqua@aon.it
Tel: 011.5762447

1. DATI POLIZZA

Polizza n. _____

Contraente _____

Sede Legale: Comune _____ Provincia _____

INDIRIZZO _____

2. DATI ASSICURATO

Qualifica: Socio/Singolo Professionista Collaboratore in via esclusiva Dipendente/praticante/tirocinante

Nome _____ Cognome _____

CF/P.iva _____

Indirizzo Mail _____ Cellulare _____

3. DATI SULL'INFORTUNIO

Data _____ Località _____

4. DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Chiediamo di accedere al seguente link:

<https://aon-privacy.my.onetrust.com/hosted-webform/consent/3f996699-ab81-49df-b284-e640e5fe59d5/80859763-f662-4f28-b1fc-25a50be104f1>

per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
GARANZIA INFORTUNI**

5. ULTERIORI INFORMAZIONI SULL'INFORTUNIO

1. Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio:

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 infortunio in itinere?

Si No

5. Dove è avvenuto l'infortunio?

- Studio
 Spostamento (Specificare il 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*

6. Ha subito precedenti infortuni?

Si No

Se **Si** indicare:

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

7. Ha altre coperture assicurative?

Si No

Se **Si** indicare:

Compagnia Assicurativa _____
Massimali _____

ALLEGATO 1

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(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, etc.)?

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

ALLEGATO 1

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(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, etc.)?

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
