

INFORTUNIO

DATI DELL'ASSICURATO

Nome _____ Cognome _____

L'Assicurato ha avuto precedenti infortuni? ☐ Sì ☐ No

Se Sì indicare data e tipo di infortunio _____

Documenti da allegare al Modulo di denuncia:

- ☐ Copia del primo certificato medico da cui dovrà risultare la diagnosi, la prognosi e l'eventuale confezionamento di apparecchi ortopedici immobilizzanti

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurato _____

Ulteriore documentazione medica da trasmettere per la definizione del sinistro:

- ☐ In caso di ricovero ospedaliero: copia conforme cartella clinica
☐ Ulteriore documentazione medica
☐ Certificato di avvenuta guarigione e di chiusura infortunio debitamente compilato e sottoscritto dal medico curante e/o certificato di guarigione clinica attestante la presenza o meno di postumi invalidanti;
☐ Originali dei documenti di spesa relativi alle cure dell'evento (fatture, ricevute, ecc.) – **Tali documenti verranno restituiti dalla Compagnia dopo la liquidazione del sinistro**

In caso di decesso:

- ☐ Certificato di morte (in originale)
☐ Stato di famiglia (storico)
☐ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai fini successori
☐ Verbali autorità intervenute
☐ Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
☐ Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
☐ Eventuali articoli di stampa