

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
GARANZIA INFORTUNI - COMMERCIALISTI - CONVENZIONE AIDC

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso, unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 7), **ENTRO 15 GIORNI** preferibilmente a MEZZO MAIL ai seguenti riferimenti:

AON SPA

@mail: daniele.pasqua@aon.it - tel. +39 011.5762447

@mail: convenzione.commercialisti@aon.it

1. DATI POLIZZA

Polizza n. ICA

Opzione assicurata : Silver ☐ Gold ☐ Platinum ☐

Contraente _____

Sede Legale: Comune _____

Provincia _____

INDIRIZZO _____

2. DATI ASSICURATO

Qualifica: ☐ Socio/Singolo Professionista ☐ Dipendente ☐ Tirocinante/praticante/collaboratore

Nome _____ Cognome _____

CF/P.iva _____

Indirizzo Mail _____ Cellulare _____

3. DATI SULL'INFORTUNIO

Data _____ Località _____

4. DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

La invitiamo a voler utilizzare il seguente link (all'interno del quale, potrà visualizzare l'Informativa Privacy completa di riferimento) per il rilascio dei consensi **Privacy**.

<https://aon-privacy.my.onetrust.com/hosted-webform/consent/3f996699-ab81-49df-b284-e640e5fe59d5/24d2046c-a59c-4af0-8edc-4b2ddd4ffde9>

**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?

☐ Sì ☐ No

Se **Sì** allegare certificato di pronto soccorso

Se **No** far compilare dal medico curante All.1.

3. Si è trattato di infortunio professionale?

☐ Sì ☐ No

4. Si è trattato di infortunio in itinere?

☐ Sì ☐ 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?

☐ Sì ☐ No

Se **Sì** indicare:

1) Data _____ Tipo di infortunio _____

2) Data _____ Tipo di infortunio _____

3) Data _____ Tipo di infortunio _____

7. Ha altre coperture assicurative?

☐ Sì ☐ No

Se **Sì** 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
