

Spett. le
Aon S.p.A.
Via Calindri, 6
20143 Milano MI

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI**CONVENZIONE CNF****Sezione INFORTUNI**

Inviata per e-mail all'indirizzo:

daniele.pasqua@aon.it

avvocatcnf@aon.it

Polizza AIG n.			(numero certificato)
OPZIONE	BASE	COMPLETA	
Contraente/Assicurato			
Codice Fiscale/P. IVA			
Data e luogo di nascita			
Domicilio			
Indirizzo e-mail			
Recapito telefonico			

QUALIFICA	☐ AVVOCATO ☐ COLLABORATORE ☐ PRATICANTE
------------------	--

DATA INFORTUNIO _____	LOCALITA' _____
---------------------------------	---------------------------

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- o certificato rilasciato dal Pronto Soccorso; - o referti dei primi esami strumentali effettuati; - o copia della patente di guida (in caso di incidente stradale in qualità di conducente); - o successiva documentazione medica o certificazione di terapie effettuate e relative ricevute di spesa - o copia cartella clinica integrale in caso di ricovero - o certificato medico definitivo e/o perizia medico-legale (a definitiva guarigione)
--

Le chiediamo di accedere al seguente [LINK](#) per prendere visione della informativa e rilasciare i consensi privacy

Data.....

Firma dell'Assicurato

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 un infortunio in "itinere"?

☐ SI

☐ NO

5 - Dove è avvenuto l'infortunio?

☐ STUDIO

☐ TRIBUNALE

☐ SPOSTAMENTO (specificare tragitto e mezzo utilizzato) _____

☐ ALTRO (specificare) _____

Allegare:

- Modulo CAI 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 (fronte/retro) valida al momento del sinistro.

6 - HA SUBITO PRECEDENTI INFORTUNI?

☐ SI

☐ NO

se si indicare:

1) Data _____

Tipo di infortunio _____

2) Data _____

Tipo di infortunio _____

7 - HA ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE?

☐ SI

☐ NO

se si indicare:

• Compagnia di Assicurazione _____

• Massimali _____

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE	Allegato 1
<i>(da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato di Pronto Soccorso)</i>	

1 - Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata

2 – Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc.) ?

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
