

DENUNCIA DI INFORTUNIO

ASSICURATO: (INFORTUNATO) matr
 NATO/A IL C.F.
 DOMICILIO VIA TEL
 E.MAIL
 QUALIFICA
 DATA INFORTUNIO LOCALITÀ
 G M A

1) Ha in corso altre polizze infortuni? In caso positivo, presso quali Compagnie di Assicurazione? E per quali massimali
2) Indicare eventuali precedenti infortuni subiti
3) Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio (specificare se trattasi di infortunio professionale o extraprofessionale)
4) Indicate nominativo ed indirizzo dei testimoni presenti al fatto
5) E' intervenuta l'Autorità? Quale? E' stato redatto Verbale

N.B FAR COMPILARE IL QUESTIONARIO A TERGO DA PARTE DEL MEDICO CURANTE, ALTRIMENTI PRODURRE CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI
 Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 del decreto legislativo n.196 del 2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili" (di cui all'Art. 26 del citato Decreto). Del pari acconsente alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

Data..... Firma dell'infortunato.....