

# Apertura sinistro Infortuni

## Sezione Informazioni sulla garanzia

|                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Contraente                     |                          |                          |
| Polizza numero                 | Sinistro numero          |                          |
| Assicurato infortunato         |                          |                          |
| Attività assicurata in polizza |                          |                          |
| Garanzie prestate in polizza   | Sì                       | No                       |
| • IP                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • IT                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rimborso spese               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Immobilizzazione             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ricovero da infortunio       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Altre garanzie (specificare) |                          |                          |

## Sezione Informazioni sull'evento

|                                       |                          |                              |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Data                                  | Ora                      | Località accadimento         |                          |
| Indirizzo accadimento                 |                          |                              |                          |
| Descrizione evento                    |                          |                              |                          |
| Avvenuto durante attività             |                          |                              |                          |
| • Lavorativa                          | <input type="checkbox"/> | Intervento di                |                          |
| • Extra lavorativa                    | <input type="checkbox"/> | • Ambulanza                  | <input type="checkbox"/> |
| Ente che presta prime cure e diagnosi |                          | • Elisoccorso                | <input type="checkbox"/> |
| • Medico curante                      | <input type="checkbox"/> | <b>FIRMA DEL DENUNCIANTE</b> |                          |
| • Pronto soccorso                     | <input type="checkbox"/> |                              |                          |
| • Guardia medica                      | <input type="checkbox"/> |                              |                          |
| • Altro (specificare)                 |                          |                              |                          |

## Sezione Informazioni per la gestione del sinistro

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Contatti infortunato o referente (mail/telefono/indirizzo)     |                             |                             |
| IBAN   |                             |                             |
| Sinistro pronto per definizione (la documentazione è completa) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**N.B. In caso di assenza di documentazione medica aggiungere descrizione sommaria lesioni**