



### MODULO DENUNCIA INFORTUNIO

Il presente modulo dovrà pervenire al seguente indirizzo:

**INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.P.A.**

**c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni**

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

#### DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO CUI SI RIFERISCE L'INFORTUNIO

(da compilare in stampatello maiuscolo, indicando il soggetto a cui si riferisce l'infortunio)

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____	Luogo di nascita _____
Cellulare _____	Telefono _____
E-mail _____	Codice Fiscale _____

#### DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE COMPILA IL MODULO

(da compilare in stampatello maiuscolo, nei soli casi di incapacità del soggetto cui si riferisce l'infortunio)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante, etc) \_\_\_\_\_

#### DESCRIZIONE DEL SINISTRO

Infortunio avvenuto alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

Nel luogo \_\_\_\_\_

Descrizione del luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare le circostanze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conseguenze lesive dell'infortunio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo di cura \_\_\_\_\_



È stato consigliato intervento chirurgico? \_\_\_\_\_

Descrizione dell'infortunio (cause, modalità e conseguenze immediate) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

*(se incapace, firma di chi compila il modulo in sua vece)*

#### DICHIARAZIONE DI NON PREGRESSI TRAUMI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze civili e penali conseguenti ad una falsa dichiarazione, sotto la propria responsabilità dichiara che l'infortunio denunciato è stato il primo evento che ha coinvolto la stessa regione corporea. In caso contrario indicare la data del precedente infortunio e le lesioni subite nella stessa regione corporea.

---

---

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

*(se incapace, firma di chi compila il modulo in sua vece)*

#### Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa.

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui all'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella stessa.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Firma per Consenso \_\_\_\_\_

*(se incapace, firma del soggetto che richiede il rimborso/indennità in sua vece)*