

DENUNCIA SINISTRO SU GARANZIA "INFORTUNI"

La denuncia deve essere inviata a CAES Italia, entro 15gg dall'evento, in uno dei seguenti modi:

- a mezzo posta (Via Gavirate 14 – 20148 Milano)
- a mezzo mail: arealiquidativa@consorziocaes.org

SI PREGA DI COMPILARE OVE RICHIESTO

Il Contraente (nome/cognome o denominazione sociale)

.....
della Polizza n. Telefono Mail
nella persona di (solo per figure giuridiche: è il rappresentante legale o altra persona con potere di firma)

DENUNCIA QUANTO SEGUE

IL GIORNO/...../.....

ALLE ORE

IN LOCALITA' (comune e via)

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data Firma del denunciante

DATI DELLA PERSONA INFORTUNATA

Cognome e Nome:

Se Minore, indicare anche i nomi dei genitori:

Indirizzo:.....

Telefono Mail:.....

Intestazione c/c e Codice IBAN

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- il certificato di pronto soccorso o, in alternativa, il primo certificato medico attestante le lesioni subite in seguito all'infortunio. **Attenzione:** il certificato medico deve essere rilasciato preferibilmente il giorno stesso dell'infortunio (diversamente entro pochi giorni dall'infortunio)

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, ricevuta l'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Codice della privacy - d.lgs. 30.6.2003, n. 196 – Art. 13, e successive modifiche, ed al Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali – Art. 13, e successive modifiche, presta il proprio consenso per il trattamento e la comunicazione dei dati personali e sensibili, al fine esclusivo di consentire la gestione del sinistro per le prestazioni costituenti oggetto della garanzia.

Data Firma

NOTA BENE

Si ricorda che nel caso in cui vengano aperti sinistri su altre polizze assicurative per il medesimo evento, ai sensi delle norme vigenti l'assicurato deve darne avviso a ciascuna Compagnia Assicuratrice coinvolta.

Documentazione da inviare SUCCESSIVAMENTE alla denuncia di infortunio:

❑ **Garanzia “Morte”**

- estratto dell'atto di morte (certificato autoptico)
- atto notorio degli eredi (nel caso in cui non siano stati espressamente designati in polizza i beneficiari)
- stato di famiglia rilasciato dal Comune di residenza
- decreto del giudice tutelare (in caso di minori)

❑ **Garanzia “Inabilità Temporanea”**

- certificati medici rinnovati alle rispettive scadenze attestanti il proseguimento dell'inabilità
- copia conforme della cartella clinica (se c'è stato un ricovero)
- certificato di guarigione clinica

❑ **Garanzia “Invalidità Permanente”**

- certificati medici e referti relativi a visite, esami e accertamenti diagnostici
- certificato di guarigione clinica con postumi invalidanti
- relazione del proprio medico/legale con la quantificazione del grado di invalidità permanente residua (**facoltativa**)

N.B.: per l'accertamento del grado di invalidità permanente l'assicurato dovrà sottoporsi a visita medico-legale presso un fiduciario designato dalla compagnia assicuratrice

❑ **Garanzia “Indennità di degenza” o “Indennità da ricovero, da convalescenza, da gesso”**

- copia conforme della cartella clinica (se c'è stato un ricovero)
- certificati medici rinnovati alle rispettive scadenze

❑ **Garanzia “Spese Mediche”**

- copia di tutta la documentazione medica attestante l'iter delle cure (certificati medici, referti di esami, ecc..)
- copia conforme della cartella clinica (se c'è stato ricovero)
- copia di tutte le spese sostenute per le cure conseguenti all'infortunio (ticket, fatture, scontrini fiscali, ecc..). **Attenzione:** ad ogni spesa prodotta deve essere abbinato il relativo certificato medico di richiesta, con indicazione della patologia

La Società si riserva in ogni caso il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di indennizzo.