

OGGETTO : MODELLO PER DENUNCIA DI DANNO

Il modello per denuncia di danno dovrà essere inviato via fax al num. 02/76012730, o per raccomandata A/R all'indirizzo: **Assicurazioni Generali Spa - Agenzia di Città di Milano** - Via Cappuccini 4, 20122 Milano - in modo da permettere l'apertura del danno che, una volta rubricato, sarà gestito dal Centro Liquidazioni Danni GGL di Milano.

Il modello di denuncia di danno va compilato nella prima facciata direttamente dall'Assicurato infortunato, mentre la seconda facciata va compilata dal Medico curante ed allo stesso vanno allegate eventuali documentazioni mediche inerenti alle prime cure effettuate (certificato del pronto soccorso e/o similari).

E' opportuno che detta denuncia sia trasmessa, per conoscenza, all'ufficio Assicurativo Fise - fax num. 06/3233772 alla c.a. Sig.ra Antonella Merlanghi/Sig. Claudio Brandetti.

Si fa inoltre presente che sul sito federale è presente il testo integrale della polizza Multirischi stipulata con le Assicurazioni Generali Spa.

Assicurazioni Generali tel num. 02/76005632



**GENERALI**  
Assicurazioni Generali S.p.A.

**DENUNCIA DI DANNO SU POLIZZA INFORTUNI**

DANNO N. \_\_\_\_\_ ES. 2005 DELL'AGENZIA DI MILANO 560

Polizza N. Polizza multirischi FISE

CONTRAENTE (cognome e nome o ragione sociale - domicilio) F.I.S.E. Federazione Italiana Sport Equestri  
00196 Roma - V.le Tiziano, 74/76.

*Domande della Società*

*Risposte*

**A) SULLA PERSONA INFORTUNATA**

1. a) Cognome e nome.

b) Data e luogo di nascita.

c) Domicilio.

d) Professione.

1. a) \_\_\_\_\_

b) il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(data) (comune)

c) \_\_\_\_\_  
(comune) (via, piazza e numero)

d) \_\_\_\_\_

2. Assicurazioni sulla vita e contro gli infortuni che l'assicurato ha attualmente in corso presso la società o altre.  
(Indicare per ognuna la specie dell'assicurazione, la somma e il nome della Società)

2. \_\_\_\_\_

3. Indennità ottenute per precedenti infortuni:

a) Importo

b) Istituto assic. che pagò l'indennità

3. a) L. \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

**B) SULLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO**

4. Giorno, ora e località in cui l'infortunio è avvenuto.

4. \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

5. Nome e indirizzo delle persone che furono testimoni dell'infortunio.

5. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

6. Se non vi furono testimoni quali persone videro per prime l'assicurato dopo l'infortunio?

6. \_\_\_\_\_

7. Occupazione cui stava attendendo l'assicurato quando avvenne l'infortunio.

7. \_\_\_\_\_

8. a) Persona che prestò le prime cure.

8. a) \_\_\_\_\_

b) Luogo e tempo in cui queste furono prestate.

b) in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

9. Medico che ha in cura l'assicurato.

9. Dottor \_\_\_\_\_ abitante a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

10. Narrazione chiara e circostanziata del modo in cui è avvenuto l'infortunio, cause che lo hanno prodotto e sue immediate conseguenze.

Risposta: \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(di propria mano dell'assicurato o dell'avente causa)

L'AMMINISTRAZIONE DELL'ASSICURATO

L'annuncio di danno deve venire trasmesso su questo modulo, all'Agente della Società AL PIÙ TARIBI ENTRO 72 ore dall'infortunio. In caso di ritardo si applicheranno le disposizioni delle Condizioni Generali di Polizza.

## RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

<i>Domande della Società</i>	<i>Risposte</i>
<p>1. a) Qual'è la <i>causa diretta</i> della lesione?</p> <p>b) È questa la <i>sola ed esclusiva</i> causa determinante lo stato patologico attuale o ve ne sono altre accessorie? <i>Quali?</i></p> <p>c) Come risulta dimostrato il <i>nesso</i> fra la causa qui indicata e gli effetti della lesione?</p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>c) .....</p>
<p>2. <i>Esatta descrizione della lesione</i>, Indicarne il carattere, la sede e l'estensione. Se si tratta di ferite indicarne la lunghezza, la larghezza e profondità.</p> <p>Risposta: .....</p>	
<p>3. Risulta o si sospetta che siano lesi <i>nervi, tendini, muscoli od organi interni</i>? Dato che vi sia tale lesione, in che cosa consiste?</p> <p>Risposta: .....</p>	
<p>4. In quali condizioni di <i>integrità fisiologica ed anatomica</i> si trovava il danneggiato prima dell'infortunio?</p> <p>Risposta: .....</p> <p>Indicare specialmente <i>se e quali tracce</i> si riscontrano in lui:</p> <p>a) di <i>lesioni</i> antecedenti, come: ferite, fratture, distorsioni, lussazioni, mutilazioni, ecc.</p> <p>Risposta: .....</p> <p>b) di <i>malattia</i> come: gotta, artrite, diabete, tubercolosi, malattie del sistema osseo, nervoso (cervello spinale) o circolatorio, disturbi psichici, epilessia, tumori, ecc.</p> <p>Risposta: .....</p> <p>c) di <i>infermità</i>, come: ernie, varici, difetti della vista, dell'udito, ecc.</p> <p>Risposta: .....</p>	
<p>5. a) Qual'è stata l'ultima malattia sofferta dall'assicurato?</p> <p>b) Quando e per quanto tempo fu ammalato?</p> <p>c) Lo ha curato altre volte per lesioni traumatiche? <i>Per quali e quando?</i></p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>c) .....</p>
<p>6. a) Potrà residuare all'assicurato una invalidità permanente?</p> <p>b) Versa in pericolo di vita?</p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p>
<p>7. a) Deve l'assicurato per suo ordine trattarsi a letto o in camera?</p> <p>b) Per quanti giorni?</p> <p>c) Qual'è la durata probabile dell'incapacità al lavoro prodotta dall'infortunio?</p> <p>d) Può l'assicurato, almeno in parte, disimpegnare le ordinarie sue occupazioni? Può soltanto dare ordini, dirigere, sorvegliare?</p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>c) .....</p> <p>d) .....</p>
<p>8. a) In qual giorno è stata prestata per la prima volta l'assistenza medica?</p> <p>b) Da chi venne prestata?</p> <p>c) Avvenuto l'infortunio, è stata iniziata subito conveniente cura ed è garantita la continuazione di essa anche per l'avvenire?</p> <p>d) Dove viene curato l'assicurato?</p>	<p>a) .....</p> <p>b) .....</p> <p>c) .....</p> <p>d) .....</p>

IL MEDICO CURANTE

..... li ..... 19.....