



MODULO DENUNCIA DI SINISTRO DA INFORTUNIO

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente al certificato medico equivalente al referto del Pronto Soccorso, a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____
Indirizzo _____
Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE INFORTUNATO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

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 del Titolare della copertura _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

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 dichiarato è stato il primo evento che ha coinvolto la stessa regione corporea sottoposta ad intervento.

Data compilazione: _____ Firma del Titolare della copertura _____

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

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)