

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INFORTUNI CONVENZIONE AGESCI IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 30 GIORNI DALL'ACCADUTO A:

- ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L. –
- PIAZZA DELLA VITTORIA 9/A – 16121 GENOVA

ALLEGARE SEMPRE AL MODULO DI DENUNCIA:

- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRA' RISULTARE LA DIAGNOSI E LA PROGNOSI (PER LE LESIONI DENTARIE E' OBBLIGATORIO IL REFERTO MEDICO DI PRONTO SOCCORSO PUBBLICO)
- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

SUCCESSIVAMENTE L'INFORTUNATO DOVRA' INVIARE:

- DOCUMENTAZIONE MEDICA:
(SERIE DI CERTIFICATI MEDICI CON PROGNOSI, RECANTI DATE CONSEQUENZIALI)
- IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO:
FOTOCOPIA INTEGRALE CARTELLA CLINICA
- CERTIFICATI RECANTI DATE DI CONFEZIONAMENTO E RIMOZIONE DI TUTORI ORTOPEDICI IMMOBILIZZANTI (SOLO PER I VOLONTARI)
- SPESE DI RICOVERO ED INTERVENTI
FATTURE RELATIVE ALLE PRESTAZIONI MEDICO-CHIRURGICHE (IN ORIGINALE)
- DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA DAL MEDICO CURANTE

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO

- MODULO DI DENUNCIA DEBITAMENTE COMPILATO
- CERTIFICATO DI MORTE (IN ORIGINALE)
- STATO DI FAMIGLIA (IN ORIGINALE)
- CERTIFICATO SOSTITUTIVO ATTO DI NOTORIETA' (IN ORIGINALE)
- COPIA AUTORIZZAZIONE GIUDICE TUTELARE (IN CASO DI PRESENZA DI FIGLI MINORI)
- VERBALI AUTORITA' INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO IL DECESSO

INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA A ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L. CHE PROVVEDERA' A TRAFERIRLA, ALLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI.

LA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI PROVVEDERA' :

- AD INCARICARE UN MEDICO LEGALE PER L'ACCERTAMENTO E LA QUANTIFICAZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI
- DEFINITO L'IMPORTO DEL DANNO AD INVIARE PROPOSTA DI LIQUIDAZIONE DI QUANTO DOVUTO ALL'ASSICURATO

PER OGNI DUBBIO CHE DOVESSE INSORGERE L'ASSICURATO POTRA' RIVOLGERSI A ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE NELLA PERSONA DELLA SIG.RA DEBORA FERRARO TELEFONO 010/ 5443814 TELEFAX 010/589932