



MODULO DENUNCIA INFORTUNIO

Il presente modulo dovrà essere trasmesso con la richiesta di rimborso o di autorizzazione in assistenza diretta inviata via:

- **web:** (www.fondometasalute.it) - Area riservata – Assicurazione
- **app mobile:** “Metasalute”
- **posta:** 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)

Documentazione richiesta:

Si ricorda che in caso di infortunio è necessario:

- certificato del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- o, in alternativa, oltre alle informazioni riportate nel presente modulo
- certificato del medico curante (di base o specialista), redatto entro 15 giorni dall'infortunio, riportante le lesioni riscontrate, il nesso causale con il trauma (dichiarato dall'Assicurato), le cure e gli accertamenti eseguiti nell'immediatezza dell'evento.

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)