

**SINISTRO INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO  
O MALATTIA  
DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA LIQUIDAZIONE**

**IMPORTANTE: La preghiamo di inviarci TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo debitamente sottoscritto e compilato, potremo valutare la Sua richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del sinistro. Qualora ci occorressero ulteriori informazioni sarà nostra cura contattarLa e richiederLe gli opportuni chiarimenti e l'eventuale documentazione mancante.**

Per valutare la richiesta di liquidazione, si prega di inviare FOTOCOPIA della seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- documento di identità del denunciante / avente causa dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale (**AVVERTENZA – tale documento va inviato solo se il sinistro è denunciato da soggetto diverso dall'Assicurato e/o se l'Assicurato delega altro soggetto a denunciare e gestire il proprio sinistro compilando l'apposita sezione del presente modulo**)
- Dichiarazione/Modulo di Adesione alla Polizza o del Certificato di Polizza/Assicurazione
- Relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti)

*Inoltre, solo in caso di invalidità da malattia e solo qualora, al momento dell'adesione, sia stata richiesta la compilazione di una Dichiarazione di Buono Stato di Salute, di un Questionario Medico o di un rapporto di Visita Medica*

- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzi l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità;
- questionario medico, compilato, firmato e timbrato dal medico di base dell'Assicurato (**AVVERTENZA – tale questionario medico è allegato al presente modulo**)

*Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio (compreso incidente stradale)*

- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.) e/o dal Pronto Soccorso (118), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

*Infine, solo in caso di polizza abbinata a mutui o altri finanziamenti (prestiti, carte di credito, etc.)*

- piano di ammortamento alla data di stipula del mutuo/finanziamento (reperibile anche presso l'ente che ha erogato il finanziamento), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro.

**La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge**

**ATTENZIONE:** *In caso di accoglimento della richiesta di liquidazione, qualora le Condizioni di Assicurazione prevedano l'indennizzo diretto all'Assicurato, il Sinistro verrà liquidato a mezzo bonifico bancario utilizzando l'IBAN del conto corrente sotto indicato (in alternativa può fornire documento rilasciato dalla banca con indicazione delle coordinate bancarie del conto corrente a lei intestato)*

Conto corrente di accredito dell'indennizzo	
Banca	Intestatario
IBAN del c/c	
<input type="text"/>	
BIC del c/c	
<input type="text"/>	

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

### A) INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE

Nome e Cognome .....

Data di nascita..... Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale.....

Da quanto tempo ha in cura il paziente? .....

### B) INFORMAZIONI MEDICHE

L'invalidità è dovuta ad infortunio o malattia? INFORTUNIO  MALATTIA

Quale è la data di diagnosi della Malattia o di accadimento dell'infortunio? ...../...../.....

Secondo la sua diagnosi, l'Infortunio/Malattia è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, pratica di sport professionistici, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì  No  Se sì, La preghiamo di specificare: .....

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Infortunio o Malattia? Sì  No  Se sì, quando e per quali motivi?

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?

Quale è stata la causa dell'Infortunio o della Malattia?

Può stabilirsi un nesso di causalità tra l'Infortunio/Malattia che ha determinato l'invalidità Totale Permanente e le precedenti condizioni patologiche del paziente? Sì  No  Se sì, La preghiamo di dettagliare le patologie pregresse nella presente tabella:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO (se farmacologico indicare i farmaci e posologia)	DURATA MALATTIA (o della cura farmacologica)

A seguito delle sopra indicate patologie/trattamenti, il paziente è stato ricoverato presso strutture sanitarie oppure si è rivolto a dei medici specialistici?

Sì  No  Se sì, la preghiamo di indicarci dove, da chi (nominativo medico) ed in quali date

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa: Sì  No  Se sì, da quale data? ...../...../.....

### Dichiarazione, firma e timbro del medico

Il sottoscritto Dott. .... dichiara che le informazioni fornite nel presente questionario medico corrispondono al vero.

FIRMA.....

data ...../...../.....

TIMBRO DEL MEDICO

Indirizzo dello studio : .....

Telefono: ..... Fax: .....

e-mail: .....