

(da utilizzare in caso d'infortunio occorso a personale non dipendente)
(da inviare a mezzo raccomandata, consegna a mano o posta elettronica)

All'Università degli Studi di Padova
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova
Tel: 049 827 3232/3148/3127/3121
E-Mail: trattamenti.economici@unipd.it

Oggetto: comunicazione di avvenuto infortunio.

I sottoscritt_
nat_ a prov il sesso M F
residente inprov cap via n.
domicilio in prov cap via n. (compilare solo se diverso dalla
residenza)
codice fiscale tel. e-mail/pec
stato civile cittadinanza persone a carico: Sì No
in qualità di del corso con matricola n

(indicare la posizione ricoperta all'interno dell'Università. A titolo esemplificativo ma non esaustivo: studenti dei corsi di studio, di master, di dottorato, di specializzazione, di perfezionamento), stagisti, borsisti dell'Ateneo o di ogni altro ente pubblico o di privati, assegnisti, tirocinanti, volontari del servizio civile, frequentanti collaboratori a qualsiasi titolo che svolgano la loro attività nell'ambito delle attività principali e secondarie dell'Università, sia in sede che presso ogni altro organismo pubblico o privato in tutto il mondo.

COMUNICA

di aver subito un infortunio il giorno alle ore presso
Comune di in via

TRASMETTE

All'Ufficio competente la documentazione sotto riportata e ogni altro dato personale necessario alla gestione della pratica relativa all'infortunio in oggetto.

ALLEGA (tutti i documenti indicati sono obbligatori):

- dichiarazione sostitutiva riportante la dinamica dell'infortunio
- certificato INAIL rilasciato dal pronto soccorso
- dichiarazione responsabile di struttura o docente responsabile
- copia della documentazione medica
- copia documento di identità
- constatazione amichevole di incidente e/o altro documento atto a risalire ai dati assicurativi del responsabile dell'infortunio (es.: verbale polizia municipale) (in caso di infortunio in itinere)

Si riserva di inviare, a conclusione del procedimento, il certificato medico di guarigione (con o senza postumi invalidanti).

Prende atto che:

- l'art. 2952 del codice civile stabilisce in due anni il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto di assicurazione; pertanto, qualora non vi siano ulteriori comunicazioni entro due anni dalla data dell'infortunio o da quella dell'ultima comunicazione effettuata dall'infortunato, l'infortunio si intenderà prescritto;
- qualora il sinistro rientri nelle tipologie previste dalla polizza infortuni stipulata dall'Ateneo, il rimborso delle eventuali spese sostenute è condizionato dalla consegna in originale dei giustificativi di spesa (es: scontrini, fatture).

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

I sottoscritt_, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata nella sezione Privacy del sito istituzionale dell'Università all'indirizzo <https://www.unipd.it/privacy>, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali particolari.

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000

I sottoscritt_ nat_ a
..... il consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76
del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che l'infortunio del giorno è avvenuto alle ore in località
..... secondo le seguenti modalità (descrivere cause e circostanze dell'infortunio):

All'infortunio erano presenti (cognome, nome, qualifica, indirizzo di residenza):

.....
.....
.....

(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

I sottoscritt_, presa visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679
pubblicata nella sezione Privacy del sito istituzionale dell'Università all'indirizzo
<https://www.unipd.it/privacy>, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali particolari.

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

All'Università degli Studi di Padova
Ufficio Trattamenti Economici e Welfare
Riviera Tito Livio, 6
35123 Padova
Tel: 049 827 3232/3148/3127/3121
Mail: trattamenti.economici@unipd.it

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA O DOCENTE RESPONSABILE

I sottoscritt_

In qualità di

(indicare: Responsabile di Struttura o Docente Responsabile)

presa visione della dichiarazione resa da

in data relativa all'infortunio occorso il giorno.....

DICHIARA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> di essere stat_ presente | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> se no, ritiene che la descrizione riferita risponda a verità | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> se no, perché | |

.....
(luogo) (data)

Firma dichiarante

.....

La denuncia di infortunio studenti/frequentanti va inviata a:
MARSH S.p.A. - Ufficio Sinistri infortuni
 email: sinistri.infortuni@marsh.com
 Tel: 02/48538986

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA	
Assicurato (Infortunato)	Nome _____ Cognome _____ nat_ a _____ prov _____ il _____
Indirizzi: Residenza	Via _____ n° _____
Domicilio	CAP _____ Città _____ Prov _____
	Via _____ n° _____
	CAP _____ Città _____ Prov _____
Cod. Fiscale	
Telefono	Cellulare
@email da fornire obbligatoriamente	Indirizzo email da utilizzare per <u>ogni comunicazione</u> relativa al sinistro in oggetto
Matricola (per coloro che ne sono in possesso)	n. _____

Categoria assicurata	<input type="checkbox"/> studenti (ad es. dei corsi di laurea, di master, di perfezionamento ecc.) <input type="checkbox"/> dottorandi <input type="checkbox"/> specializzandi <input type="checkbox"/> stagisti <input type="checkbox"/> borsisti <input type="checkbox"/> assegnisti <input type="checkbox"/> tirocinanti <input type="checkbox"/> volontari <input type="checkbox"/> volontari servizio civile <input type="checkbox"/> frequentanti <input type="checkbox"/> collaboratori
----------------------	--

Comunicazioni Infortunio	Data / / Ora ____ Luogo evento _____ Struttura Universitaria e/o altra struttura dove si è verificato l'evento: _____
--------------------------	---

Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio:

Si è recato al Pronto Soccorso?

NO (allegare rapporto del medico curante di cui alla pagina.. [All.1](#))
 SI

Si è trattato di infortunio in itinere (tragitto casa/lavoro e viceversa - tragitto da e o verso altre sedi dove viene svolta l'attività) NO SI

Si è trattato di incidente stradale?

NO
 SI

Ha subito precedenti infortuni?

NO SI, indicare

Data ___/___/____

Tipo di lesione:

.....

Ha altre coperture assicurative?

NO SI, indicare Compagnia di assicurazioneMassimale.....

Ricordiamo che per istruire la pratica è necessario produrre, per quanto in vostro possesso al momento del sinistro, i seguenti documenti elencati a titolo esemplificativo:

- certificato di Pronto Soccorso
- copia cartelle cliniche in caso di ricovero in ospedale;
- copia referti esami strumentali (Rx, RMN, ecc.);
- copia prescrizioni mediche;
- copia giustificativi spese mediche sostenute per le terapie prescritte;
- certificato Inail;
- copia documento di identità;
- constatazione amichevole di incidente stradale e/o verbale delle autorità intervenuta (se si è trattato di incidente stradale);
- copia patente di guida (se si è trattato di incidente stradale);
- dichiarazione responsabile di struttura o docente responsabile.

Data _____

Firma _____

All. 1

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(Da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato di Pronto Soccorso)

1	Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata
2	Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc)
3	Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?
4	Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente.
5	Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?
6	Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?
7	Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale?
8	Si presume invalidità permanente residua?
9	In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?
10	Da chi venne prestata la prima cura?

Data.....

Il Medico Curante

.....

Per prestare i nostri servizi, abbiamo bisogno di raccogliere e utilizzare i vostri dati personali, quali il vostro nome e altri dettagli di contatto, incluse categorie speciali di dati personali (ad esempio dati relativi alla vostra salute, e/o informazioni relative a condanne e reati penali).

Gli scopi per i quali usiamo i dati personali possono essere la gestione della copertura assicurativa, la gestione dei sinistri, ecc. Ulteriori informazioni sull'utilizzo dei dati personali da parte nostra sono fornite nell'informativa privacy Marsh, consultabile accedendo al seguente link <https://www.marsh.com/it/it/privacy-policy.html> o richiedendone una copia cartacea tramite e-mail all'indirizzo affari.legali@marsh.com oppure scrivendo a Marsh S.p.A., Viale Bodio 33, 20158 Milano, c.a. Legal Counsel.

Nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo comunicare i dati personali da voi forniti a terze parti quali assicuratori, riassicuratori, liquidatori, subappaltatori, società parte del gruppo Marsh&McLennan Companies, nonché ad enti regolatori che potranno richiedere le tue informazioni per gli scopi meglio descritti nell'informativa privacy Marsh.

A seconda delle circostanze, nell'esecuzione dei nostri servizi, potremo trasferire i Vostri dati personali verso Paesi al di fuori dell'Italia e dello spazio economico europeo che hanno leggi di protezione dei dati meno robuste. Nei richiamati casi, tale trasferimento sarà effettuato adottando le opportune misure di salvaguardia.

Il Vostro consenso all'uso da parte nostra (e di altri soggetti della catena assicurativa) di categorie speciali di dati personali (ad esempio informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne penali e reati), è necessario per lo svolgimento dei nostri servizi in Vostro favore.

Potrete revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, ma ciò potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi a Vostro favore e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se ci state fornendo dati personali relativi a una persona diversa da voi (compresi i bambini di età superiore ai 13 anni), acconsentite a notificare a tali soggetti la nostra informativa sul trattamento dei loro dati personali e ad ottenere il consenso al trattamento di qualsiasi categoria speciale di dati personali, quali informazioni sanitarie e/o informazioni relative a condanne e reati illeciti.

Da parte vostra, concordate che l'esecuzione dei servizi è subordinata all'adempimento di quanto sopra in relazione all'invio dell'informativa e all'ottenimento dei relativi consensi. Qualsiasi terza parte di cui trattiamo i dati personali potrà revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso potrà comportare l'impossibilità di proseguire l'esecuzione dei servizi in favore di tali terzi (o anche nei Vostri, in base alle circostanze concrete) e l'impossibilità, dunque, di gestire le Vostre coperture assicurative.

Se l'interessato ha meno di 18 anni, la dichiarazione deve essere completata dal genitore/tutore.

Spuntando questa casella confermo di aver compreso le informazioni di cui sopra e acconsento al trattamento dei miei dati personali particolari per le finalità di cui sopra

Data.....

Nome e Cognome dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore:

Rapporto con il richiedente:

Firma dell'interessato o, se minore, del genitore/tutore: