



**POLIZZA INFORTUNI
A FAVORE DEL PERSONALE DI VOLO**

Compagnia Assicuratrice: GENERALI ITALIA S.p.A.

Broker: Willis Italia S.p.A.

La polizza assicurativa vale per gli **infortuni** che il dipendente possa subire nello svolgimento dell'attività professionale e l'**inabilità temporanea al volo** (per malattia o infortunio, professionale o extraprofessionale) per il solo personale di condotta.

La garanzia prevede l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di infortuni che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

La garanzia assicurativa è prestata da **GENERALI ITALIA S.p.A.**, la liquidazione dei sinistri è demandata a **GENERALI BUSINESS SOLUTIONS S.p.A. (GBS)** società del Gruppo Generali e la gestione dei sinistri è in capo a **Willis Italia S.p.A.** nelle persone di cui in calce alla presente sono riportati gli estremi.

**PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO/INABILITA'
TEMPORANEA AL VOLO**

Il dipendente dovrà seguire le indicazioni di seguito riportate:

- a) Inviare **esclusivamente a mezzo e-mail** (indicando nell'oggetto **COGNOME, NOME, sinistro del..**), entro 30 giorni dall'evento, la seguente documentazione:
- l'apposito **modulo di denuncia** (allegato 1) debitamente compilato;
 - primo certificato medico (ad es.: certificato Pronto Soccorso, IML, SASN);
 - copie del Crew Member e del badge aziendale;
 - DICHIARAZIONI DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI - D.LGS. 196/2003 (all. 2);
 - **(Solo in caso di INFORTUNIO)** Dichiarazione della Società di appartenenza di conferma circa la natura professionale dell'accadimento, attraverso la compilazione e sottoscrizione del mod. 7881 (all.5)

N.B.: La denuncia priva della documentazione di cui sopra non potrà essere evasa

direttamente a:

Willis Italia S.p.A.

castelvetereg@willis.com

e per conoscenza

ALITALIA Società Aerea Italiana S.p.a. – Ente Assicurazioni

roberto.agosto@alitalia.com

- b) A guarigione avvenuta¹, inviare esclusivamente a **Willis Italia SpA**, a mezzo e-mail, il modulo di “**Chiusura sinistro**” (all. 4) indicando sempre il numero di sinistro dato da Willis Italia SpA, in fase di riscontro apertura, unitamente a fotocopia di tutta la certificazione medica successiva a quella di denuncia (prolungamenti di malattia, cartella clinica, ecc.) e, in particolare:
- **in caso di Inabilità Temporanea al volo**, certificazione idonea a giustificare il protrarsi nonché, in ultimo, certificato rilasciato dall’IML di riabilitazione;
 - **in caso di infortunio**, la certificazione medica rilasciata dal medico curante attestante la guarigione clinica con eventuali postumi invalidanti o, se si ritiene opportuno, perizia eseguita da un medico legale;
 - **in caso di spese mediche conseguenti ad infortunio professionale**, gli originali dovranno essere esibiti al Medico legale in sede di visita e quindi poi spediti a mezzo raccomandata a Willis Italia SpA Via Padova, 55 10152 Torino, **specificando chiaramente nome, cognome e numero di sinistro cui si fa riferimento**.
- c) La GBS, quale mandatario di GENERALI ITALIA S.p.A., ha la facoltà di accertare natura ed entità delle lesioni sofferte dall’Infortunato mediante invito a visita medico legale. Dopo la presentazione di quanto previsto al punto b) che precede, **GBS-CLD** potrà quindi invitare l’Infortunato, per il tramite di **Willis Italia SpA**, a visita medico-legale presso un proprio medico fiduciario. Si ricorda che le spese mediche di cui al precedente punto b) devono essere esibite in originale al medico in occasione di detta visita a pena di mancato riconoscimento.
Il costo dell’eventuale visita medico legale di parte, non rientra tra le spese mediche rimborsabili.

INFORMAZIONI

Per informazioni attinenti il proprio sinistro, il personale di volo potrà riferirsi a Willis Italia SpA:

Giuseppe Castelvetero - *claims agent*, che risponde al seguente numero telefonico: **011/2443497**

Nelle richieste citare sempre il n° di sinistro attribuito da Willis Italia SpA

LIQUIDAZIONI

La liquidazione dei sinistri avverrà a mezzo bonifico bancario e solo dopo la restituzione della quietanza firmata precedentemente emessa da GENERALI ITALIA S.p.A. La quietanza sarà trasmessa all’Infortunato per la firma a mezzo e-mail e dovrà essere da questi restituita in originale a mezzo posta ordinaria al seguente indirizzo:

Willis Italia SpA - Via Padova, 55 – 10152 Torino

¹ Nel caso in cui la malattia/infortunio/l’inabilità al volo superasse i 180 giorni, anticipare l’inoltro della documentazione fino a quel momento raccolta senza attendere la chiusura dell’infortunio, mediante utilizzo dell’all. 3.

DENUNCIA DI INFORTUNIO/INABILITA' TEMPORANEA
(scrivere in stampatello)

Società: _____ Matricola: _____

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico : _____

Qualifica: *Comandante* ☐ *Pilota* ☐ *Assistente di Volo con anzianità:* *> 18 mesi* ☐ *<= 18 mesi* ☐

Data e luogo di nascita: _____

Informazioni sull'evento

☐ infortunio professionale di volo (o infortunio avvenuto durante il **Tempo di servizio**)

☐ malattia professionale

☐ inabilità temporanea al volo Comandanti e Piloti (determinata da malattia/infortunio professionale/extra per periodi superiori a 20 gg)

Data infortunio/inizio Inabilità Temporanea: _____ / _____ / _____

IN CASO DI INFORTUNIO

Località: _____ Ora: _____

Descrizione dell'evento

Altre informazioni

Le mie coordinate bancarie per consentire l'eventuale liquidazione dell'accadimento a mezzo bonifico bancario sono le seguenti:

Intestatario del conto: _____

Banca: _____

IBAN: _____

data _____

firma _____



GENERALI

(all. 2)

Informativa contrattuale danni

Posizione N.

(polizza/danno)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽⁵⁾ - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁶⁾ rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: Generali Corporate Services S.p.A. - Privacy Gruppo Italia, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito www.generali.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data

Nome e cognome dell'gli interessato/i (leggibili)

Firma

NOTE:

- (1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D. Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose. Lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predispensione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).
- (3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato (v. polizze di responsabilità civile), nonché banche dati consultabili in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.
- (4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalitate ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di recupero crediti e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali e ad altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali: Autorità Giudiziana e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.
- (6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

GIPRY01/00DANNI - AG

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, C.A.P. 31021 - Tel. 041.5492111 - Fax 041.9128099 - www.generali.it - email: info@generali.it



C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00109920361 - Partita IVA 0083531007 - Capitale Sociale: Euro 1.616.214.500,00 i.v. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 100021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritta al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI Il trattamento è rivolto all'espletamento delle attività connesse alla gestione dei sinistri

in relazione alla copertura assicurativa a Suo/Vostro favore. In relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente il trattamento potrebbe anche riguardare dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" per il cui trattamento la legge richiede una specifica approvazione.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice;

a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma 1, lett. a), del Codice;

b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;

c) è svolto direttamente dall'organizzazione del Titolare e da soggetti terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, la normativa in materia antiriciclaggio);

b) strettamente necessario alla esecuzione dei rapporti giuridici in essere per la gestione e liquidazione dei sinistri.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di gestire e liquidare i sinistri.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (AIBA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi).

Inoltre i dati personali possono essere comunicati a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), e a società di servizi specializzate.

6. DIFFUSIONE DEI DATI I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI Titolare, ex art. 28 del Codice, del trattamento è Willis Italia S.p.A., nella persona del Suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Tortona, 33 - 20144 Milano - Italia. .opp. Willis Vicenza s.r.l nella persona del Suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Piazza Dante, 7 - 16121 Genova. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del Codice, è l'Ufficio Compliance con sede in Via Padova, 55 - 10152 Torino - Italia - telefono n. +39 011 2443.4 - fax n. +39 011 248 14 25, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare (Responsabili ed Incaricati).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice:

ACCONSENSO / IAMO 1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano;

2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 della medesima informativa o obbligatori per legge;

3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE).

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa

Luogo e data		Nome, Cognome Firma dell'/gli interessato/i	
--------------	--	--	--



Corrispondente dei Lloyd's of London

Società ad unico socio sottoposta alla direzione e al coordinamento di Willis Europe B.V.

Sede legale: Via Tortona, 33 - 20144 Milano; Cap. Soc. € 2.000.000 i.v. C.F./P. IVA /n. Iscrizione Registro Imprese 03902220486 Albo Broker 1554/S

BOLOGNA 051 656381 FIRENZE 055 27991 GENOVA 010 54671 MILANO 02 806321 ROMA 06 540951 TORINO 011 24434

Spett.le

Willis Italia S.p.A.

castelvetereg@willis.com

Oggetto: Seguito sinistro n. (_____ *) su polizza Infortuni Naviganti

Società: _____

Nominativo: _____

Data Infortunio/inizio Inabilità Temporanea: ____/____/____

Con riferimento al sinistro in oggetto, Vi trasmetto la certificazione medica successiva a quella iniziale di denuncia, attestante il protrarsi della malattia/infortunio/inabilità al volo senza soluzione di continuità.

Distinti saluti

data _____

firma _____

N. allegati _____

* indicare numero di sinistro fornito da Willis Italia SpA in fase di riscontro apertura

Spett.le

Willis Italia S.p.A.

castelveterereg@willis.com

Oggetto: Chiusura sinistro nr. (_____ *) su polizza Infortuni Naviganti

Società: _____

Nominativo: _____

Data Infortunio/inizio Inabilità Temporanea: ____/____/____

Con la presente Vi trasmetto, in allegato, la seguente documentazione a chiusura del sinistro in oggetto:

- ☐ *certificazione medica completa attestante il decorso della malattia/infortunio/inabilità al volo senza soluzione di continuità;*
- ☐ *certificazione medica rilasciata da medico specialista attestante la guarigione clinica con gli eventuali postumi da quantificare;*
- ☐ *eventuale perizia medico legale;*
- ☐ *copia delle spese mediche;*
- ☐ *certificato di idoneità al volo rilasciato dall'Istituto di Medicina Legale.*

Vi informo inoltre che, ai fini di eventuale invito a visita medica, il mio indirizzo di riferimento è _____

Distinti saluti.

data _____

firma _____

N. allegati _____

* indicare numero di sinistro fornito da Willis Italia SpA in fase di riscontro apertura

RELAZIONE D'INFORTUNIO PERSONALE NAVIGANTE

(Si prega di scrivere in stampatello)



Cognome e Nome infortunato _____

Matric _____

PNT ☐PNC ☐

Qualif _____

Data infort. _____

Ora _____

N. Volo _____

Tratta _____

Descrizione dell'infortunio _____

PARTE A

TESTIMONI (Cognome e Nome) _____

M./TR. _____

MATR _____

ATTENZIONE:

Le suelencate informazioni devono essere subito trasmesse via fax agli enti indicati sul retro del modulo



RISERVATO AL PRONTO SOCCORSO

Località _____

Probabile diagnosi _____

Dove è stato avviato per le cure? _____

1 LUOGO DELL'INFORTUNIO

- 1.1 A bordo dell'aeromobile
1.2 Taxi/mezzo sociale
1.3 Hotel
1.4 Zona aeroportuale
1.5 Centro Addestramento
1.6 Mezzi imbarco/sbarco a/m
1.7 Altro _____

2 TIPO DI AEROMOBILE

- 2.1 ATR42/2 ☐ 2.2 B737
2.3 MD80/B2 ☐ 2.4 PA42
2.5 A321 ☐ 2.6 MC11
2.7 B747 ☐ 2.8 Altro _____

3 FASE DI VOLO*

- 3.1 Ispezione esterna a/m
3.2 Prima della partenza
3.3 Durante il rullaggio
3.4 Durante il decollo
3.5 In volo
3.6 Durante l'atterraggio
3.7 Dopo il blocco a/m

4 POSIZIONE NELL'AEROMOBILE

- 4.1 Cockpit
4.2 Galley
4.3 Cabina passeggeri
4.4 Toilette
4.5 Botola vano elettrico
4.6 Scala upper deck
4.7 Scala accesso a/m
4.8 Altro _____

5 FASE DEL SERVIZIO

- 5.1 Imbarco/Sbarco
5.2 Briefing di sicurezza
5.3 Turno di servizio
5.4 Preparazione del servizio
5.5 Servizio bevande
5.6 Servizio spuntino
5.7 Servizio pasto principale
5.8 Riordino attrezzature
5.9 Pronto Soccorso
5.10 Intervento in emergenza
5.11 Addestramento
5.12 Altro _____

6 ATTREZZATURA IMPLICATA

- 6.1 Attrezzature cockpit
6.2 Attrezzature galley
6.3 Trolley
6.4 Altri carrelli
6.5 Posateria
6.6 Contenitori
6.7 Sigillo doganale
6.8 Sportelli
6.9 Porte cabina
6.10 Poltrona passeggeri
6.11 Strapuntino AA/VV
6.12 Mezzi di imbarco/sbarco a/m
6.13 Altro _____

7 FATTORE D'IMPUTABILITÀ

- 7.1 Improvvisa fermata
7.2 Pressurizzazione aeromobile
7.3 Pericolosa azione di passeggeri
7.4 Pericolosa azione altri lavoratori
7.5 Atterraggio duro
7.6 Turbolenza
7.7 Disattenz./manovra poco accorta
7.8 Superfici di lavoro
7.9 Attrezzatura difettosa
7.10 Altro _____

8 FORMA D'INFORTUNIO

- 8.1 Inginocchiandosi
8.2 Accovacciandosi/rialzandosi
8.3 Sollevando
8.4 Tirando
8.5 Spingendo
8.6 Caricando dall'alto
8.7 Scivolando
8.8 Inciampando
8.9 Salendo/scendendo
8.10 Urlando contro oggetti
8.11 Colpito da oggetti
8.12 Compreso tra oggetti
8.13 Tagliato/punto con
8.14 Contatto con
8.15 Cadendo in piano
8.16 Altro _____

9 SEDE DI LESIONE

- 9.1 Testa
9.2 Vetro
9.3 Occhio
9.4 Orecchio
9.5 Braccio/gomito
9.6 Spalla
9.7 Mano/polso
9.8 Dita della mano
9.9 Schiena
9.10 Torace
9.11 Caviglia
9.12 Ginocchio
9.13 Piede/Caviglia
9.14 Dita del piede
9.15 Sedi multiple
9.16 Altro _____

10 NATURA DELLA LESIONE

- 10.1 Contusione
10.2 Ustione
10.3 Taglio
10.4 Escoriazione
10.5 Distorsione
10.6 Schiacciamento
10.7 Frattura
10.8 Lussazione
10.9 Stiramento
10.10 Lesione oculare
10.11 Trauma
10.12 Altro _____

11 ETÀ INFORTUNATO

- 11.1 Fino a 30
11.2 30-40
11.3 40-50
11.4 Oltre 50

PARTE B

Firma del Comandante
(o Capo ente che compila il modulo)Firma dell'incaricato di scalo
che riceve la segnalazione

Data _____