

MODULO DENUNCIA SINISTRO
(Modulo A) - **Compilare tutti i campi in stampatello****Contraente: P.G.S. – Polisportive Giovanili Salesiane -** (È *Obbligatorio* indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione)**Ass.ne Sportiva/Circolo/Centro Provinciale P.G.S. :** _____

Via: _____ C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

e-mail _____

<input type="checkbox"/>	Polizza AIG Europe Limited (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni)	N. IAH0007626
--------------------------	---	---------------

Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione

Data Sinistro	Ora	Luogo
---------------	-----	-------

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO

<input type="checkbox"/> Atleta	<input type="checkbox"/> Tecnico	<input type="checkbox"/> Presidente/Dirigente	<input type="checkbox"/> Altro (precisare)
---------------------------------	----------------------------------	---	--

Cognome:	Nome	Data di nascita	
Via	Città	CAP	Prov.
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore):		Nr. Telefono	
-		e-mail	

Al momento del sinistro stava partecipando a qualche gara/campionato/torneo/trasferimento? Se sì, quale?
--

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Data:	Opzione scelta:
--	-------	-----------------

Allegati obbligatori:

- Certificato medico rilasciato dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento (ART. 15 delle Norme che regolano la sezione infortuni);
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili;

--	--	--

Timbro e firma dell'Ass.ne/Circolo/P.G.S.

Firma leggibile dell'Infortunato
Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà

Data _____

MODULO CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO

(Modulo B) - **Compilare tutti i campi in stampatello**

Contraente: P.G.S. - Polisportive Giovanili Salesiane (*È Obbligatorio indicare l'esatta denominazione e sede dell'Associazione*)

Ass.ne Sportiva/Circolo/Centro Provinciale P.G.S. : _____

Via: _____ C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

e-mail _____

Polizza AIG Europe Limited (Responsabilità Civile Verso Terzi - Infortuni)	N. IAH0007626
---	---------------

Si chiede cortesemente di riportare gli indirizzi e-mail, per accelerare l'invio della richiesta di documentazione.

<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE SINISTRO	<input type="checkbox"/> CONTINUAZIONE E CHIUSURA SINISTRO	<input type="checkbox"/> CHIUSURA SINISTRO
---	--	--

ASSICURATO

Cognome	Nome	Data di nascita
Data Sinistro	Numero Sinistro	
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore):		Telefono
-		e-mail
-		

Si allega (allegare **TUTTA** la documentazione rilasciata successivamente a quella già trasmessa e riferita all'infortunio):

<input type="checkbox"/> Nr. Referti medici	<input type="checkbox"/> Nr. Relazioni mediche
<input type="checkbox"/> Nr. Prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/> Nr. Originale fattura/ricevuta/notula/parcella
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione circostanziata modalità accadimento	<input type="checkbox"/> Nr. Modulo consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione testimoniale	<input type="checkbox"/> Nr. Documentazione radiografica (RX, ecc.)
<input type="checkbox"/> Nr. Originale ticket	<input type="checkbox"/> Nr. Relazione allenatore/Preposto alla sorveglianza
<input type="checkbox"/> Nr. Cartella clinica integrale (copia conforme)	
<input type="checkbox"/> Nr. Atro (Specificare)	

⚠ La documentazione di spesa prodotta in copia non sarà ritenuta valida ai fini del rimborso.

⚠ Le spese per certificati medici ad uso assicurativo non sono rimborsabili.

In caso di chiusura, per la liquidazione indicare le modalità di pagamento desiderate:

<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario			
Conto Corrente nr.	Codice ABI:	Codice CAB:	Codice CIN:
IBAN			
Intestatario/i Conto Corrente:			
Istituto di credito			
Agenzia e relativo indirizzo:			

<input type="checkbox"/> Assegno Bancario			
Intestato a			
Via	Cap		
Città	Prov.		
Data e luogo	FIRMA LEGGIBILE DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)		