

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) | |