

Dati Anagrafici dell'Infortunato /Assicurato

Cognome/Nome				Qualifica			
Codice Fiscale		Luogo di nascita <i>(se tesserato)</i>			Data di Nascita		Professione
Indirizzo			C.A.P.		Comune		Provincia
Telefono	Cell.	FAX	Numero tessera			Data di rilascio tessera	
Tipologia assicurativa: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D -- <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> D1							

Dati dell'avente Causa - *(in caso di infortunio a minorenni)*

Cognome/Nome		Titolo <i>(Padre, Madre,..)</i>		Comune		Prov.	C.A.P.
Indirizzo			Telefono		Cell.		FAX
Codice Fiscale			Professione				

Estremi del sinistro

Luogo del Sinistro		Data Sinistro	Ora del sinistro
Attività praticata al momento dell'infortunio			
Descrizione chiara e circostanziata dell'Infortunio e delle cause che lo hanno provocato			
Precedenti Infortuni (data e descrizione)			
Autorità intervenute (Polizia , Carabinieri,..)			
Documenti allegati:			

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

**Firma dell'Infortunato/Assicurato
(avente causa in caso di minore)**

**Firma dell'Assicurato (avente causa in caso di minore)
per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi
del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 .**

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASI NAZIONALE

(verifica Regolarità Amministrativa Infortunato)

Cognome/Nome (se tesserato)	Numero tessera	Tipo di tessera
Data rilascio Tessera	Data scadenza Tessera	

Timbro e firma - ASI Nazionale

N.B. COMPIRE IL MODULO DI DENUNCIA IN STAMPATELLO IN OGNI SUA PARTE ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO 5 GIORNI DAL SINISTRO A MEZZO POSTA O MAIL:

UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale
Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA

ORARI: LUN. DALLE 14.00 ALLE 18.00 – MERC. E VEN. DALLE 11.00 ALLE 17.00

Tel. 06.69920228 – mail: ufficiosinistri@asinazionale.it

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

COMPIRE IL MODULO DI DENUNCIA IN STAMPATELLO IN OGNI SUA PARTE ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE ENTRO 5 GIORNI DAL SINISTRO A MEZZO POSTA O MAIL:

UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale
Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA

ORARI: LUN. DALLE 14.00 ALLE 18.00 – MERC. E VEN. DALLE 11.00 ALLE 17.00
Tel. 06.69920228 – mail: ufficiosinistri@asinazionale.it

ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE :

- CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL' D Lgs 196/2003 PER LA SOCIETA' ITALBROKERS SPA ;
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRÀ RISULTARE INEQUIVOCABILMENTE LA DIAGNOSI, LA PROGNOSE E L'EVENTUALE CONFEZIONAMENTO DI APPARECCHI ORTOPEDICI LMMOBILIZZANTI
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DAI QUALI DOVRÀ RISULTARE L'ENDENNITA", LA DATA DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE E IL TIPO DI LESIONE PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (LA PROVA RADIOLOGICA E' RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE PER LE LESIONI EL CUI INDENNIZZO E' LEGATO ALL'EVIDENZA RADIOLOGICA PREVISTA IN TABELLA E DEVE ESSERE REDATTO DA PRONTO SOCCORSO PUBBLICO E/O STRUTTURA PRIVATA EQUIVALENTE)
- COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA (PER LE LESIONI IL CUI RIMBORSO E' SUBORDINATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO)
- EVENTUALE CERTIFICATO ASSENZA SCOLASTICA
- FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL'AUTORITÀ' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO

N.B.: ANCHE PER LE LESIONI PARTICOLARI CONTENUTE IN POLIZZA E VERIFICATE SI ENTRO 60 GIORNI DALL'EVENTO OCCORRE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE SOPRA DESCRITTA.

ATTENZIONE

IN MANCANZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA EVIDENZIATA NECESSARIA AD UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA LESIONE RIPORTATA NON SARÀ POSSIBILE DAR CORSO ALLA VOSTRA PRATICA

APPENA POSSIBILE L'INFORTUNATO DOVRÀ INVIARE :

DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO: ORIGINALE COPIA CONFORME CARTELLA CLINICA
- FATTURE, TICKETS SANITARI. COMPROVANTI EVENTUALI SPESE MEDICHE SOSTENUTE
- DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA DAL MEDICO CURANTE E/O CERTIFICATO DI GUARIGIONE CLINICA ATTESTANTE LA PRESENZA O MENO DI POSTUMI INVALIDANTI

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA IN CASO DI DECESSO:

- MODULO DI DENUNCIA DEBITAMENTE COMPILATO
- CERTIFICATO DI MORTE (IN ORIGINALE)
- STATO DI FAMIGLIA STORICO (IN ORIGINALE)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ AI FINI SUCCESSORI
- VERBALI AUTORITÀ INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO TL DECESSO
- EVENTUALI DICHIARAZIONI DI TERZI PRESENTI AL FATTO EVENTUALI ARTICOLI DI STAMPA
- COPIA DEL RAPPORTO DI GARA SE L'INFORTUNIO E AVVENUTO DURANTE UNA COMPETIZIONE
- N.B. COMPIRE IL MODULO DI DENUNCIA IN STAMPATELLO IN OGNI SUA PARTE ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO POSTA O MAIL

INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA A:

UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale
Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA

ORARI: LUN. DALLE 14.00 ALLE 18.00 – MERC. E VEN. DALLE 11.00 ALLE 17.00
A.S.I. Associazioni Sportive e Sociali Italiane Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA
Tel. 06.69920228 – mail: ufficiosinistri@asinazionale.it