

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.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924
ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :*

**Ufficio sinistri - A.S.I. Nazionale –
Via della Colonna Antonina ,41 – 00186 Roma
Tel. 06 6992.0228 - N. 06.6992.0924 e-mail: segreteria@alleanzasportiva.it**

NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA DI INFORTUNIO-LESIONE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924 ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

A.S.I. Alleanza Sportiva Italiana Via della Colonna Antonina, 41 – 00186 ROMA
Tel. 06 6992.0228 - Fax 06 6992.0924 e-mail segreteria@alleanzasportiva.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' ASSITECA SPA ;
- FOTOCOPIA DEL PRIMO CERTIFICATO MEDICO DA CUI DOVRA' RISULTARE INEQUIVOCABILMENTE LA DIAGNOSI, LA PROGnosi E L'EVENTUALE CONFEZIONAMENTO DI APPARECCHI ORTOPEDICI IMMOBILIZZANTI
- ACCERTAMENTO RADIOLOGICO E RELATIVO REFERTO DAI QUALI DOVRA' RISULTARE L'INDENNITA', 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 IL 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'AUTORITA' 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 SARA' POSSIBILE DAR CORSO ALLA VOSTRA PRATICA

APPENA POSSIBILE L'INFORTUNATO DOVRA' 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 NOTORIETA' AI FINI SUCCESSORI
- VERBALI AUTORITA' INTERVENUTE
- CARTELLA CLINICA E COPIA REFERTO AUTOPTICO O CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LE CAUSE CLINICHE CHE HANNO PROVOCATO IL 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

INVIARE LA DOCUMENTAZIONE RACCOLTA A

A.S.I. Alleanza Sportiva Italiana Via della Colonna Antonina, 41 – 00186 ROMA
Tel . 06.6992.0228 - Fax 06.6992.0924 e-mail segreteria@alleanzasportiva.it