

MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO 2008

N° POL. INFORTUNI R-C ASSISTENZA

N° POL. TUTELA GIUDIZIARIA:

N. Certificato di assicurazione

Data effetto:

Data scadenza:

La compilazione dei campi è obbligatoria – scrivere in stampatello

| | |
|---------------|-----------------|
| Data Sinistro | Numero sinistro |
|---------------|-----------------|

Barrare con una " X " la casella interessata **CONTINUAZIONE SINISTRO** **CHIUSURA SINISTRO**


| | | | | |
|---------------------|-------|-----------|-----------------|-------|
| Assicurato: Cognome | | Nome | Data di nascita | |
| Residente a: | | Indirizzo | CAP | Prov. |
| Tel. | Cell. | E-Mail | telefax | |

| | |
|--|----------------------------|
| Se minore: Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà: | Nominativo del 2° genitore |
|--|----------------------------|

allegare TUTTA la documentazione riferita all'infortunio:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> n. Referti medici | <input type="checkbox"/> n. Relazioni mediche |
| <input type="checkbox"/> n. Prescrizioni Mediche | <input type="checkbox"/> n. Modulo consenso trattamento dai personali sensibili |
| <input type="checkbox"/> n. Dichiarazione circostanziata modalità accadimento | <input type="checkbox"/> n. Cartella Clinica integrale (copia conforme) |
| <input type="checkbox"/> n. Dichiarazione testimoniale | <input type="checkbox"/> n. Relazione allenatore/preposto alla sorveglianza |
| <input type="checkbox"/> n. Originale ticket/fattura/ricevuta/notula/parcella | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> n. Documentazione Radiografica (RX, ecc.) | |

 **La documentazione di spesa prodotta in copia non è valida ai fini del rimborso.**

 **La documentazione di spesa relativa ai referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile.**


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


Bonifico Bancario

| | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Conto Corrente nr. | Codice ABI: | Codice CAB: | Codice CIN: |
| IBAN: _____ | | | |
| Intestatario/i Conto Corrente: | | | |
| Istituto di credito | | | |
| Agenzia e relativo indirizzo: | | | |

Assegno Bancario

| | |
|-------------|-------------------|
| Intestato a | Residente a: |
| Indirizzo | Cap telefono |

 data

 Firma dell'Infortunato, o nel caso di infortunio a minore, firma dell'esercente la potestà

| | |
|--------------------|--|
| ATTENZIONE! | <p>Se avete barrato la casella CONTINUAZIONE SINISTRO: INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA E DI SPESA UNICAMENTE VIA FAX AL N. 0773.019878</p> <p>Se avete barrato la casella CHIUSURA SINISTRO INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO: B&B INSURANCE BROKER S.R.L. - DIVISIONE SINISTRI SPORT - VIA DEL LIDO 104 LATINA 04100</p> |
|--------------------|--|