

N° POL. INFORTUNI R-C ASSISTENZA

N° POL. TUTELA GIUDIZIARIA:

N° . Certificato di assicurazione

Data effetto:

Data scadenza:

Data Sinistro		Ora	Luogo		
Cognome		Nome		Cod. Fisc.	
Data di nascita	Luogo di nascita		Prov.nascita	Cittadinanza	Sesso
Residente a:		Indirizzo		CAP	Prov.
Tel.	Mail	Cell.	Telefax		
Qualifica prof.:			Qualifica assicurativa:		

SE MINORE

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

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO

(in caso di incidente stradale fornire i dati relativi alla controparte allegando copia della constatazione amichevole):

--

Ambito di accadimento	
Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare?	
Cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?	
In conseguenza a ciò cos'è accaduto?	
Soggetto organizzatore	Soggetto vigilante
Eventuali testimoni:	
Eventuali persone ritenute responsabili dei fatti:	
Tipo di lesione	Sede della lesione
Giorni di prognosi	
L'infortunato è stato ricoverato in ospedale?	Se SI, quale?
Dichiarare se il soggetto ha provveduto al versamento della quota di premio: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

Allegati obbligatori:

- Documentazione medica (**TUTTA**) rilasciata dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso e/o di una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.)
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Firma dell'Infortunato (in caso di minore l'esercente la potestà)	Firma dell'Allenatore	Timbro e firma dell'associazione sportiva
--	-----------------------	---

Data _____

INVIARE VIA FAX AL N. 0773.019878 UNITAMENTE AL MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI

--