

CONVENZIONE F.I.T.A.R.C.O
MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO

SOCIETA' SPORTIVA AFFILIATA :
VIA: C.A.P.: CITTÀ: PROV.:
NR. TEL. FAX. E-MAIL

Polizza Convenzione F.I.T.A.R.C.O. AIG EUROPE S.A. (Infortuni)

N. IAH0000628

La compilazione dei campi è obbligatoria – scrivere in stampatello

<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:
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 DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà)
--------------	--

Spedire a: **IGS S.r.l** Via Ligabue 2 – 04100 Latina Tel. 0773.602378 - fax 0773.019878 – e-mail: aigsinistri@igsonline.it – internet: www.igsonline.it

intermediario

--