

	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A.	IAH0000091
	N.Pol. tutela giudiziaria ISI INSURANCE SPA	312
	N. Certificato di assicurazione	
	Data effetto/data scadenza (ore 24) Senza tacito rinnovo	

Data Sinistro	Ora	Luogo
---------------	-----	-------

Assicurato: Cognome	Assicurato: Nome	Cod. Fisc.
---------------------	------------------	------------

Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Cittadinanza	Sesso
-----------------	------------------	-------	--------------	-------

Residente in via	CAP	Città	Prov.
------------------	-----	-------	-------

Tel Casa	Tel Ufficio	Cell.	Fax
----------	-------------	-------	-----

Mail	
------	--

Qualifica professionale	Qualifica assicurativa
-------------------------	------------------------

SE MINORE

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

Cognome, Nome	Cognome, Nome
---------------	---------------

In caso di infortunio dichiarare se l'infortunato ha provveduto al versamento della quota di premio: **SI** **NO**

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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, quale?
---	---	---------------

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 
--	---	--