

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	

Barrare con una "X" la casella interessata

CONTINUAZIONE SINISTRO

CHIUSURA SINISTRO

Data sinistro Numero sinistro

Assicurato: Cognome Nome Cod. Fisc.

Data di nascita: Luogo di nascita Prov. cittadinanza

Residente in via CAP Città Prov

Tel. casa Altro Tel. Cell Fax

Mail @

SE MINORE

Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà (cognome) Nome

Nominativo del 2° genitore (cognome) Nome



SI ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE RIFERITA AL SINISTRO:

<input type="checkbox"/> Nr. Referti medici	<input type="checkbox"/> Nr. Relazioni mediche
<input type="checkbox"/> Nr. Prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/> Nr. Verbale autorità Pubblica Sicurezza
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione modalità accadimento	<input type="checkbox"/> Nr. Relazione allenatore/Preposto alla sorveglianza
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione testimoniale	<input type="checkbox"/> Nr. Documentazione radiografica (RX, ecc.)
<input type="checkbox"/> Nr. Consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili	<input type="checkbox"/> Nr. Cartella clinica integrale (copia conforme)
<input type="checkbox"/> Nr. Originale ticket	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare)
<input type="checkbox"/> Nr. Originale fattura/ricevuta/notula/parcella	



Luogo e data

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



①	se avete barrato la casella "CONTINUAZIONE SINISTRO"	Inviare tutta la documentazione ESCLUSIVAMENTE VIA FAX AL	0773 019878
②	se avete barrato la casella "CHIUSURA SINISTRO"	INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA A: I.G.S. S.R.L DIVISIONE SINISTRI SPORT - VIA LIGABUE, 2 - 04100 LATINA	
③	La documentazione di spesa prodotta in copia NON E' VALIDA ai fini del rimborso		