

MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO
C.I.P. – Federazioni Sportive Paralimpiche – Discipline Sportive Paralimpiche
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI DELL'INFORTUNATO/A

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____
 Paternità e maternità (obbligatoria per infortunio a minore) _____
 Indirizzo (domicilio) _____ n. _____
 Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
 Cod.fisc. (del genitore se minorenne) _____ tel _____ / _____
 Fax (solo di Ab. o Uff.) _____ / _____ cell _____ / _____
 e-mail _____ N° TESSERA federale dell'Infortunato/a _____

Coordinate bancarie per la liquidazione del sinistro **(IBAN)**: conto intestato a:.....

Cod. Paese	Cin Euro	Cin IT	ABI	CAB	n° conto corrente

FEDERAZIONE _____
 Categoria Assicurata: * Tesserati * Club Paralimpico * Interesse Nazionale * Soggetti A
 Tipo Disabilità: * Uditivi * Mentali * Fisici * Visivi
 Sport praticato: _____ Classe Sportiva: _____
 Descrizione Tipo e Livello Lesione (come da scheda allegata): _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA o FEDERAZIONE

Società _____ Matricola numero _____
 Indirizzo _____ n. _____
 Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
 Tel/Fax _____ e-mail _____
 Data _____ Timbro _____ Firma _____

ESTREMI INFORTUNIO

Data _____ Ora _____ Gara/Allenamento/Trasferimento _____
 Luogo _____ Prov. _____
 Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato _____

 Testimoni (nome, cognome, indirizzo e telefono) _____

 Infortuni precedenti: si • no • In data _____
 Quali lesioni aveva riportato ? _____

 Data _____ Firma dell'Infortunato/a o di chi ne fa le veci o dell'avente causa _____

La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali

Inviare il presente modulo via email, posta o fax:

Willis Italia S.p.A. - Ufficio Sinistri
Piazzale Don Luigi Sturzo, 31 – 00144 Roma
Email: ufficio.sinistri@willis.com - fax 06 54095217

N.B. allegare copia della tessera

Polizza Infortuni – Unipol Assicurazioni

PROCEDURA DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

L'infortunio deve essere denunciato, non oltre 30 giorni dall'evento, a:

Willis Italia S.p.A.
Ufficio Sinistri
Piazzale Don Luigi Sturzo, 31 - 00144 Roma

oppure via email ufficio.sinistri@willis.com o via fax al n. **06 0654095217**

L'assicurato (o chi ne fa le veci o gli eventuali aventi diritto in caso d'infortunio mortale), al fine di attivare la copertura assicurativa dovrà inviare la seguente documentazione:

- a) modulo di denuncia infortunio debitamente compilato e firmato,
- b) scheda disabilità fisica debitamente compilata e firmata,
- c) copia certificato clinico attestante la condizione patologica,
- d) certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore,
- e) fotocopia della tessera in corso di validità alla data dell'evento.

La polizza infortuni non prevede il rimborso delle eventuali spese di patrocinio e/o legali.

La liquidazione del sinistro potrà avvenire soltanto dopo la guarigione ed il ricevimento dei documenti sotto indicati:

- a) copia integrale della cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero
- b) certificato medico di guarigione redatto dal medico curante;
- c) referti di tutti gli accertamenti diagnostici effettuati (ad es.: radiografie, ecografie, tac, rmn, analisi di laboratorio, ecc.)

Qualora l'infortunio si verifichi nel corso di un trasferimento (cd. infortunio in itinere), è necessario specificare l'ora ed il luogo di accadimento del fatto, l'ora ed il luogo di partenza, l'ora ed il luogo in cui si doveva svolgere l'attività sportiva.