

MODULO CHIUSURA INFORTUNIO

(in vigore dal 1 marzo 2017 e applicabile anche per infortuni avvenuti in data antecedente)

AVVERTENZE

1. Il modulo è composto da 3 pagine (compreso la presente).
2. Il modulo è da compilare obbligatoriamente in stampatello, in forma leggibile e in tutte le voci richieste.
3. Sarà cura delle strutture periferiche A.S.C. (Comitati Regionali, Comitati Provinciali, Referenti Territoriali) e delle Associazioni/Società ove il socio risulta tesserato fornire la massima assistenza per la compilazione del modulo.
4. **TEMPI** Il modulo dovrà essere inviato esclusivamente e successivamente all'avvenuta guarigione.
5. **MODALITA'** Il modulo (con i relativi allegati) dovrà essere inviato direttamente all'indirizzo del liquidatore incaricato dalla Compagnia assicurativa (indirizzo ricavabile dalla lettera che sarà elaborata dalla compagnia assicurativa con il numero di sinistro assegnato).
6. **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE** al presente modulo:
 - **Copia** documentazione sanitaria successiva al primo referto di pronto soccorso;
 - **Copia** del certificato medico specialistico e/o relazione medico legale di parte di avvenuta guarigione;
 - **Copia** del certificato rimozione gesso (eventuale);
 - **Originali** di eventuali fatture/ricevute di spese sostenute.

Per presa conoscenza delle avvertenze sopra riportate

Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)

Timbro dell'ASD/SSD e Firma del presidente

- Cognome e nome dell'infortunato/a

- Numero pratica sinistro (obbligatorio)

Estremi della liquidazione

Nell'ipotesi in cui il presente sinistro sia indennizzabile, autorizzo la Compagnia Assicuratrice AIG ad effettuare il pagamento tramite Bonifico Bancario ai seguenti dati:

→ Intestatario del c/c : _____

→ Istituto Bancario: _____

L'infortunato/a dichiara:

di essere guarito dai danni/lesioni/malattia dell'infortunio denunciato e chiede la liquidazione dell'indennità prevista.

A tale fine allega (indicare con il segno x)

- Copia certificato medico specialistico e/o relazione medico legale di parte (obbligatorio)
- Originali eventuali fatture/ricevute di spese sostenute come riepilogate a pagina 3 del presente modulo.

Con la sottoscrizione del presente modello dichiaro conclusa la prognosi. Non verrà inviata altra documentazione di spese mediche sostenute ed altri certificati medici attestanti ulteriori giorni di Inabilità Temporanea. In seguito al risarcimento successivamente ottenuto, dichiaro di non aver null'altro a pretendere in relazione alla pratica in questione.

Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiaro che le ricevute allegate al presente modello come da riepilogo a pagina 2, sono conformi agli originali in mio possesso e di esibirle ad ogni eventuale richiesta.

Firma dell'infortunato/a (o chi per esso)

Luogo e data, li/...../.....

Elenco fatture/ricevute di spese sostenute (come da originali allegati)

N°	Descrizione spesa medica sostenuta (visita specialistica/medicinali/ecc.)	Numero fattura	Data fattura	Importo fattura
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

TOTALE euro _____

Con la sottoscrizione del presente modello dichiariamo di aver verificato la completezza della documentazione.

Firma dell'infortunato/a (o chi per esso) _____

Timbro dell'ASD/SSD e Firma del presidente _____

Luogo e data, li/...../.....