

MODULO CHIUSURA INFORTUNIO (in vigore dal 1° agosto 2016)

- 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)

- Certificato medico di avvenuta guarigione rilasciato in data _____ (obbligatorio)
- Certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente (eventuale)
- Documentazione analitica delle spese mediche sostenute per un totale di € _____ (come da numero _____ copie allegate e riepilogate a pagina 2 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/...../.....

Documentazione analitica delle spese mediche sostenute (come da copie allegate)

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				

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/...../.....

MODALITA' DI INOLTRO DEL PRESENTE MODULO (con allegati)

tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:

A.S.C. – Ufficio Sinistri – Via Reno n° 30 – 00198 Roma

Ogni altra modalità d'inoltro non sarà presa in considerazione con pena decadenza dell'eventuale diritto