



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

Spettabile compagnia assicurativa AIG SpA  
per il tramite di A.S.C. Ufficio Sinistri  
Via Reno n. 30  
00198-Roma  
**seguire le modalità d'inoltro indicate a pagina 3**

**Oggetto: Comunicazione chiusura sinistro/infortunio su polizza ASC/AIG**

Numero pratica sinistro \_\_\_\_\_

**CHIUSURA SINISTRO/INFORTUNIO**

- Cognome e nome del danneggiato/a
- Luogo e data di nascita
- Indirizzo residenza (Via, città, cap)
- Codice fiscale
- N° telefonico / e-mail
- N° tessera A.S.C.
- Nome dell' ASD/SSD
- Data e ora del sinistro/infortunio

**L'infornato/a dichiara:**

- a) di essere guarito dai danni/lesioni/malattia dell'infornato denunciato;**  
**b) chiede la liquidazione dell'indennità prevista.**

**A tale fine allega (indicare con il segno x)**

- Certificato Medico di avvenuta guarigione rilasciato in data \_\_\_\_\_ (obbligatorio)  
 Certificato Medico attestante il grado di invalidità permanente conseguito rilasciato in data \_\_\_\_\_  
 Documentazione analitica delle spese mediche sostenute per un totale di € \_\_\_\_\_  
(come da numero \_\_\_\_\_ copie allegate e riepilogo a pagina 3 del presente modulo)

**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: \_\_\_\_\_

→ Codice IBAN: \_\_\_\_\_

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'infornato/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 3, sono conformi agli originali in mio possesso e di esibirle ad ogni eventuale richiesta.

**Firma dell'infornato/a (o chi per esso)** \_\_\_\_\_

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

**ATTENZIONE**

*Il presente modulo, composto da 3 pagine (con eventuali allegati) dovrà essere trasmesso a A.S.C. seguendo le modalità d'inoltro indicate a pagina 3*

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

N°	Descrizione spesa medica sostenuta (visita specialistica/medicinali/ecc.)	Estremi fattura (numero)	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 eventuali allegati)**

- A mezzo posta elettronica all'indirizzo email [sinistri@ascsport.it](mailto:sinistri@ascsport.it) unicamente in formato PDF in unico file con la dimensione massima consentita pari a 5 MB .
- In alternativa, 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 ad altri indirizzi non sarà presa in considerazione con pena decadenza dell'eventuale diritto**

**ATTENZIONE**

*Il presente modulo, composto da 3 pagine (con eventuali allegati) dovrà essere trasmesso a A.S.C. seguendo le modalità d'inoltro indicate a pagina 3*