



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 (dal 1°luglio 2016)

- 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)

- Certificazione medica di avvenuta guarigione rilasciato in data _____ (obbligatoria)
- 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 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 allegati)

- tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:
A.S.C. – Ufficio Sinistri – Via Reno n° 30 – 00198 Roma
- In alternativa tramite posta elettronica all'indirizzo email sinistri@ascsport.it
unicamente in formato PDF in unico file con la dimensione massima consentita pari a 10 MB.

Ogni altra modalità d'inoltro 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