

## MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO 2008

N° POL. INFORTUNI R-C ASSISTENZA

N° POL. TUTELA GIUDIZIARIA:

N. Certificato di assicurazione

Data effetto:

Data scadenza:

**La compilazione dei campi è obbligatoria – scrivere in stampatello**

Data Sinistro	Numero sinistro
---------------	-----------------

Barrare con una " X " la casella interessata     **CONTINUAZIONE SINISTRO**     **CHIUSURA SINISTRO**

Assicurato: Cognome		Nome		Data di nascita	
Residente a:		Indirizzo		CAP	Prov.
Tel.	Cell.	E-Mail		telefax	

Se minore: Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà:	Nominativo del 2° genitore
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------

allegare **TUTTA** la documentazione riferita all'infornio:

<input type="checkbox"/> n. Referti medici	<input type="checkbox"/> n. Relazioni mediche
<input type="checkbox"/> n. Prescrizioni Mediche	<input type="checkbox"/> n. Modulo consenso trattamento dai personali sensibili
<input type="checkbox"/> n. Dichiarazione circostanziata modalità accadimento	<input type="checkbox"/> n. Cartella Clinica integrale (copia conforme)
<input type="checkbox"/> n. Dichiarazione testimoniale	<input type="checkbox"/> n. Relazione allenatore/preposto alla sorveglianza
<input type="checkbox"/> n. Originale ticket/fattura/ricevuta/notula/parcella	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> n. Documentazione Radiografica (RX, ecc.)	

 **La documentazione di spesa prodotta in copia non è valida ai fini del rimborso.**

 **La documentazione di spesa relativa ai referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile.**

In caso di chiusura, per la liquidazione indicare le modalità di pagamento desiderate:

**Bonifico Bancario**

Conto Corrente nr.	Codice ABI:	Codice CAB:	Codice CIN:
IBAN:			
Intestatario/i Conto Corrente:			
Istituto di credito			
Agenzia e relativo indirizzo:			

**Assegno Bancario**

Intestato a	Residente a:
Indirizzo	Cap      telefono

 data

\_\_\_\_\_

 Firma dell'Infortunato, o nel caso di infortunio a minore, firma dell'esercente la potestà

\_\_\_\_\_

<b>ATTENZIONE!</b>	<p>Se avete barrato la casella <b>CONTINUAZIONE SINISTRO</b>: INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA E DI SPESA <b>UNICAMENTE VIA FAX AL N. 0773.019878</b></p> <p>Se avete barrato la casella <b>CHIUSURA SINISTRO</b> INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO: <b>B&amp;B INSURANCE BROKER S.R.L. - DIVISIONE SINISTRI SPORT - VIA DEL LIDO 104 LATINA 04100</b></p>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------