



MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO



ANTICIPARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N. 06/54.14.100

Spedire il presente modulo, **entro 3 giorni dalla data del sinistro a:**

Ufficio sinistri – M.S.P. ITALIA – Via Cristoforo Colombo, 436 Roma – Roma Tel. 06/54.33.444

Dati Anagrafici dell'Infortunato / Assicurato

Cognome/Nome	Codice Fiscale	Luogo di nascita	Data di Nascita	Professione
Telefono	Cell.	e-mail		
Indirizzo	C.A.P.	Comune	Provincia	
Attività Sportiva	Numero tessera	Data di rilascio	Qualifica MSP	
Tipologia assicurativa				
<input type="checkbox"/> Red Card	<input type="checkbox"/> Soccer Card	<input type="checkbox"/> Card Motori		
<input type="checkbox"/> Blue Card	<input type="checkbox"/> Soccer Card Integrativa	<input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa		
<input type="checkbox"/> Grey Card	<input type="checkbox"/> Arti Marziali	<input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa Completa		
<input type="checkbox"/> Violet	<input type="checkbox"/> Arti Marziali Integrativa	<input type="checkbox"/> Card Equitazione		
<input type="checkbox"/> Violet Card – Giornaliera	<input type="checkbox"/> Special	<input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa		
<input type="checkbox"/> Orange	<input type="checkbox"/> Extreme	<input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa Completa		
<input type="checkbox"/> Orange Polisportiva	<input type="checkbox"/> Extreme - Integrativa	<input type="checkbox"/> Violet Card – Giornaliera Motori		
<input type="checkbox"/> Green Card – First option	<input type="checkbox"/> Young Card	<input type="checkbox"/> Violet Card – Giornaliera Equitazione		
<input type="checkbox"/> Green Card – Second option				

Dati dell'avente Causa

(in caso di infortunio a minorenni)

Cognome/Nome	Titolo (Padre, Madre,...)	Comune	Prov.	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX	
Codice Fiscale	Professione			

Estremi del Sinistro

Luogo del Sinistro	Data Sinistro	Ora del Sinistro
Attività praticata al momento dell'infortunio		
Descrizione chiara e circostanziata dell'infortunio e delle cause che lo hanno provocato		
Precedenti Infortuni (data e descrizione)		
Documenti allegati:		



MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO



TESTIMONI

Cognome/Nome		Comune		Provincia		C.A.P.	
Indirizzo		Telefono		Cell.		FAX	
Cognome/Nome		Comune		Provincia		C.A.P.	
Indirizzo		Telefono		Cell.		FAX	

Data compilazione

Firma dell'Infortunato/Assicurato
(avente causa in caso in minore)

Firma dell'Assicurato (avente causa in caso in minore)
per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi
del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE

Associazione di appartenenza		Tel./Fax		Nome del Presidente	
CAP	Indirizzo	Codice Affiliazione		Data Affiliazione	

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA DI MSP ITALIA SEGRETERIA NAZIONALE
(verifica Regolarità Amministrativa Infortunio)

Cognome/Nome (se tesserato)		Numero Tessera		Tipo di Tessera	
Data rilascio Tessera		Data scadenza Tessera			

Timbro e firma – MSP Italia – Segreteria Nazionale
--

N.B. COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO ALLEGANDO CERTIFICATO MEDICO DI PRIMO SOCCORSO RILASCIATO DAL PRONTO SOCCORSO E/O DA STRUTTURE OSPEDALIERE E COPIA DELLA TESSERA MSP ITALIA A: