



**ARISCOM**  
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SPA

MODULO DI  
DENUNCIA INFORTUNIO

**2018**

# MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO



## ANTICIPARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N°: +390689325604

Compilare il modulo di denuncia incidente in ogni sua parte in stampatello ed inviare lo stesso a mezzo raccomandata postale A.R. entro **3 giorni dalla data del sinistro**, allegando:

- Certificato medico di primo soccorso rilasciato dal pronto soccorso e/o da strutture ospedaliere
- **Copia della tessera MSP Italia**

Il mancato invio della documentazione non darà seguito all'apertura della pratica di sinistro. **DI N°** \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO / ASSICURATO

Cognome/ Nome	Codice Fiscale	Luogo di Nascita	Data di Nascita
Indirizzo	Professione	e-Mail	Cellulare / Telefono
	Comune	Provincia	C.A.P.
Attività Sportiva	Numero Tessera	Data di Rilascio	Qualifica MSP
Tipologia assicurativa			
<input type="checkbox"/> Blue Card			
<input type="checkbox"/> Red Card			
<input type="checkbox"/> Gray Card			
<input type="checkbox"/> Violet Card			
<input type="checkbox"/> Violet Card - Ass. GIORNALIERA			
<input type="checkbox"/> Orange Card			
<input type="checkbox"/> Orange Card Polisportiva			
<input type="checkbox"/> Green Card First Option			
<input type="checkbox"/> Green Card Second Option			
<input type="checkbox"/> Soccer Card			
<input type="checkbox"/> Soccer Card Integrativa			
<input type="checkbox"/> Arti Marziali			
<input type="checkbox"/> Arti Marziali - Integrativa			
<input type="checkbox"/> Card Motori			
<input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa			
<input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa Completa			
<input type="checkbox"/> Card Motori Giornaliera			
<input type="checkbox"/> Card Equitazione			
<input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa			
<input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa Completa			
<input type="checkbox"/> Card Equitazione Giornaliera			
<input type="checkbox"/> Young Card - Base			
<input type="checkbox"/> Young Card - Calcio e Arti Marziali			
<input type="checkbox"/> Young Card - Sport Motoristici e Equestri			
<input type="checkbox"/> Card Special - Sport Paraolimpici			
<input type="checkbox"/> Card Extreme - Base			
<input type="checkbox"/> Card Extreme - Integrativa			
<input type="checkbox"/> Card Social - Circoli			

## DATI DELL'AVENTE CAUSA (IN CASO DI INFORTUNIO A MINORENNI)

Cognome/ Nome	Titolo (Padre Madre...)	Codice Fiscale	Professione
Indirizzo	Comune	Provincia	C.A.P.
	e-Mail	Cellulare / Telefono	Fax

## ESTREMI DEL SINISTRO

Luogo del Sinistro	Denominazione Manifestazione	Data del 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)		Referto Medico Allegando obbligatoriamente il referto medico di primo soccorso	Copia Tessera Allegando obbligatoriamente la copia delle tessera del MSP Italia

# MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO



## TESTIMONI

Cognome/ Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
---------------	--------	-----------	--------

Indirizzo	e-Mail	Cellulare / Telefono
-----------	--------	----------------------

Cognome/ Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
---------------	--------	-----------	--------

Indirizzo	e-Mail	Cellulare / Telefono
-----------	--------	----------------------

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

Denominazione Associazione	Telefono/ Fax	Nome del Presidente
----------------------------	---------------	---------------------

Indirizzo	C.A.P.	Codice MSP Affiliazione	Data Affiliazione
-----------	--------	-------------------------	-------------------

## SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITÀ

Eventuali note	Timbro e firma del Presidente dell'Associazione
----------------	---

## DA COMPILARSI A CURA DI MSP ITALIA SEGRETERIA NAZIONALE (VERIFICA REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA INFORTUNIO)

### COPERTURA ATTIVA

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Timbro e firma - MSP Italia - Segreteria Nazionale	Note
--	------

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

Ufficio sinistri - MSP Italia  
Viale Giulio Agricola 115 - 00174 Roma  
sinistri@mspitalia.it  
Tel: +390689325600  
Fax: +390689325604

## CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI A FAVORE DEI TESSERATI AL MOVIMENTO SPORTIVO POPOLARE ITALIA

### NORME DA SEGUIRE IN CASO DI INFORTUNIO

#### **A. INFORTUNI CHE PRODUCANO LESIONI AL TESSERATO**

1. Compilare il Modulo di Denuncia Infortuni predisposto da MSP Italia in ogni sua parte, in stampatello;
2. Anticipare (a mezzo Fax) e Spedire al MSP Italia – Viale Giulio Agricola 115– 00174 Roma, **entro 3 giorni dall'evento**, la seguente documentazione:
  - Modulo di Denuncia Infortuni controfirmato dal Presidente dell'associazione d'appartenenza;
  - Consenso al Trattamento dei dati Personali ai sensi del D.lgs. 163 / 2003 debitamente sottoscritto;
  - Copia del referto del pronto soccorso;
  - Copia fronte e retro della tessere MSP Italia.

Spedire entro 30 giorni dalla data dell'evento stesso:

- Referti, Certificati e ogni altra documentazione medica legata all'infortunio;
- Copia conforme della cartella clinica (in caso di ricovero).

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l' identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzi la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

In mancanza della Documentazione sopra evidenziata necessaria ad una corretta valutazione della lesione riportata non sarà possibile dar corso alla pratica di Infortunio.

#### **B. INFORTUNI CHE PRODUCANO IL DECESSO DEL TESSERATO**

1. Compilare il Modulo di Denuncia Infortuni predisposto da MSP Italia in ogni sua parte in stampatello;
2. Anticipare (a mezzo Fax) e spedire al MSP Italia – Viale Giulio Agricola 115 – 00174 - Roma, entro 30 giorni dall'evento, la seguente documentazione:
  - Modulo di Denuncia Infortuni;
  - Consenso al Trattamento dei dati Personali , ai sensi del D.lgs. 163 / 2003;
  - Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto;
  - Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione;
  - Copia fronte e retro della tessere MSP Italia.

Spedire appena possibile:

- Certificato di morte ;
- Stato di Famiglia;
- Dichiarazione sostitutiva Atto di Notorietà ai fini successori;
- Cartella Clinica e copia del referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso;
- Verbali delle Autorità Intervenute.

LA DOCUMENTAZIONE DOVRÀ ESSERE SPEDITA A:

**MSP ITALIA - Movimento Popolare Italia**  
**SEDE NAZIONALE: Viale Giulio Agricola 115 00174 - Roma**

Anticipata al Numero di Fax: +390689325604

MODULO DI  
DENUNCIA INFORTUNIO



**ARISCOM**  
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SPA

**2018**