



# MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO



**ANTICIPARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N. 06/54.14.100 O COMPILARLO ONLINE [www.mspitalia.it](http://www.mspitalia.it)**

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"/> Green Card – First option        |
| <input type="checkbox"/> Blue Card                 | <input type="checkbox"/> Soccer Card Integrativa               | <input type="checkbox"/> Green Card – Second option       |
| <input type="checkbox"/> Grey Card                 | <input type="checkbox"/> Arti Marziali                         | <input type="checkbox"/> Card Motori Base                 |
| <input type="checkbox"/> Violet                    | <input type="checkbox"/> Arti Marziali Integrativa             | <input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa          |
| <input type="checkbox"/> Violet Card – Giornaliera | <input type="checkbox"/> Nuoto                                 | <input type="checkbox"/> Card Motori Integrativa Completa |
| <input type="checkbox"/> Orange                    | <input type="checkbox"/> Violet Card Equitazione Base          | <input type="checkbox"/> Violet Card – Giornaliera Motori |
| <input type="checkbox"/> Orange - Polisportiva     | <input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa          | <input type="checkbox"/> Young Card                       |
|  | <input type="checkbox"/> Card Equitazione Integrativa Completa |   |

## 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 3 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:**

**Ufficio sinistri – MSP Italia**  
**Via C. Colombo, 436 – 00145 Roma**  
**Tel. 06.54.33.444 – Fax 06.54.14.100**

**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 o compilarlo tramite il sito [www.mspitalia.it](http://www.mspitalia.it);
2. Anticipare (a mezzo Fax) e Spedire al MSP Italia – Via C. Colombo, 436 – 00145 Roma,  
**entro 3 giorni dall'evento**, la seguente documentazione:
  - Modulo di Denuncia Infortuni controfirmato dal Presidente del Comitato MSP Italia di competenza;
  - Consenso al Trattamento dei dati Personali ai sensi del D.lgs. 163 / 2003 debitamente sottoscritto ;
  - Copia del primo Certificato medico da cui risulta la diagnosi e la prognosi.

Spedire appena possibile e comunque **entro 30 giorni successivi** a quello in cui hanno termine le cure mediche, la seguente documentazione:

- Referti, Certificati e ogni altra documentazione medica legata all'infortunio;
- Copia conforme della cartella clinica (in caso di ricovero);
- Fatture , ricevute, tickets sanitari , comprovanti eventuali spese mediche sostenute a seguito dell'Infortunio;
- Dichiarazione di chiusura Infortunio debitamente compilata e sottoscritta dal medico curante e/o certificato di guarigione clinica attestante la presenza o meno di postumi invalidanti.

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 – Via C. Colombo, 436 – 00145 - 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.

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  
Via C. Colombo, 436  
00145 - Roma**

Anticipata al Numero di **Fax 06/54.14.100**