



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				
€A1- Violet		€Nuoto	€Soccer Card – Arti Marziali Integrativa	
€A2 - Orange		€Green Card Sport Motoristici	€Green Card Motori Integrativa	
€A3 - Green Card – First option		€Red Card	€Tutela Giovani	
€Soccer Card		€Blue Card	€Violet Card – Giornaliera	
€Arti Marziali		€Green Card	€Violet Card – Giornaliera Motori	

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 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;
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**