



**COMUNICATO UFFICIALE N. 80/L  
DEL 7 AGOSTO 2014**

**LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO**

80/141

**Assicurazione infortuni ai sensi dell'art. 20 Accordo Collettivo Lega Pro/Associazione Italiana Calciatori, Associazione Italiana Allenatori di Calcio, Associazione Italiana Direttori Sportivi**

Si fa riferimento al C.U. n. 28/L del 18 luglio 2014 concernente la polizza/convenzione infortuni stipulata con la ALLIANZ SPA.

Al riguardo si allega il modulo di denuncia da utilizzare in caso di sinistro.

**Publicato in Firenze il 7 agosto 2014**

IL SEGRETARIO  
Avv. Sergio Capograssi

IL PRESIDENTE  
Rag. Mario Macalli



Compilare e inviare solo tramite posta a: MIZAR SRL  
Via Giacomo Peroni 400,402  
00131 Roma

*Alla cortese attenzione Marinella Vendittelli – Ufficio sinistri*

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

**POLIZZA N. 045389567**

Assicurazione infortuni ai sensi dell'art. 20 Accordo Collettivo Lega PRO

### ASSICURATO:

Cognome	Nome
Indirizzo	
Cap	Città e provincia
Codice Fiscale	Telefono
Cellulare	Mail

### DATI BANCARI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO (scrivere in stampatello):

Codice IBAN \_\_\_\_\_, Banca \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**NB: in mancanza dei dati bancari il sinistro verrà liquidato con assegno bancario non trasferibile.**

### TIPO DI SINISTRO VERIFICATOSI (*barrare e compilare il caso che ricorre*):

— **Ricovero** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

**documentazione da allegare:** copia integrale della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

— **Day hospital** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

— **Intervento chirurgico ambulatoriale o pronto soccorso** presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_

— **Altro**

**Si ricorda che occorre allegare, laddove esistente, copia integrale della cartella clinica o documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura, che attesti i giorni nei quali è avvenuto il ricovero, i motivi, le prestazioni sanitarie erogate.**

Periodo di degenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Spazio riservato a MIZAR SRL

Denuncia ricevuta il	
Numero sinistro	Inviato a CLG il



## Modulo Denuncia Infortunio

### *Dati Anagrafici dell'Infortunato*

Cognome		Nome	
Indirizzo		N.° Civico	
Comune		Prov.	
C.A.P.	Telefono		
Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale		
Società di appartenenza			

### *Conseguenze dell'infortunio*

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio
-----------------------------------------------------



## Modulo Denuncia Infortunio

### *Estremi dell'infortunio*

Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio
Luogo dell'infortunio	
Comune	Prov.
Descrizione circostanziata della dinamica dell'infortunio	

### **Eventuali testimoni dell'infortunio**

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

### *Conseguenze dell'infortunio*

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio
-----------------------------------------------------



## Modulo Denuncia Infortunio

Esiste un certificato medico?:

 SI NO

Numero di giorni di prognosi:

L'infortunato è stato ricoverato?:

 SI NO

Numero giorni di ricovero:

### ***Dati della Società di appartenenza***

Società	
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono
Data affiliazione	Numero affiliazione

**Luogo/ Data della denuncia**

**Firma**

---

---