



## **IN CASO DI INFORTUNIO, PER LA RICHIESTA DI INDENNIZZO, SEGUIRE LE MODALITÀ SOTTO RIPORTATE:**

**RICORDARSI DI APRIRE la PRATICA di richiesta rimborso ENTRO 30 GIORNI DALL'ACCADUTO**

### **FASE 1: Seguire i punti da 1 a 4 inviando tramite RACCOMANDATA il materiale richiesto a: CSEN FIRENZE Viale Europa 95, 50126 - Firenze**

Per info: tel. 055 613448 ufficio tesseramenti - [ivanacsen@gmail.com](mailto:ivanacsen@gmail.com)

1. **Modulo denuncia lesioni** compilato in stampatello in ogni sua parte (disponibile in sede CSEN Firenze o scaricabile sul sito [www.csenfirenze.it](http://www.csenfirenze.it) alla voce modulistica).
2. **Fotocopia di entrambi i lati della tessera CSEN** valida per la stagione sportiva in corso (non sono validi ai fini assicurativi i tesserini CSEN delle vecchie stagioni sportive).

In caso di mancanza della TESSERA CSEN relativa all'attuale stagione sportiva 2014-2015, sarà necessario rivolgersi in sede CSEN Firenze - Tel 055 613448. Non sono valide le tessere di altri Enti o Federazioni Sportive.

3. **Fotocopia del primo certificato medico** da cui dovrà risultare inequivocabilmente la diagnosi, la prognosi e l'eventuale confezionamento di apparecchi ortopedici immobilizzanti.
4. **Eventuale accertamento radiologico** e relativo referto dai quali dovrà risultare l'identità, la data di effettuazione dell'indagine e il tipo di lesione per la quale si richiede il rimborso.

### **FASE 2: per CHIUDERE LA PRATICA di rimborso a GUARIGIONE AVVENUTA seguire i punti da 5 a 8 inviando tramite RACCOMANDATA il materiale richiesto a: CSEN SEDE CENTRALE Via L. Bodio 57 – 00191 Roma**

Tel. 06 3294807 ufficio tesseramenti - [info@csen.it](mailto:info@csen.it)

5. **Altri certificati medici** emessi nel corso della convalescenza
6. **Copia conforme della cartella clinica** (solo per le lesioni il cui rimborso è subordinato all'intervento Chirurgico).
7. **Certificato medico che attesti la guarigione avvenuta** con gli eventuali "punti di invalidità" certificati.
8. Liberatoria relativa alla privacy (solo se disponibile sul sito nazionale [www.csen.it](http://www.csen.it))

**\*\*\* ATTENZIONE \*\*\***

**In mancanza anche di parte della documentazione sopra richiesta non sarà possibile dar corso alla pratica di indennizzo.**

Per ogni dubbio l'assicurato potrà rivolgersi direttamente alla compagnia assicurativa *UnipolSAI Assicurazioni S. p A.* - Tel. 0376-323249, Fax 0376-360131, E-Mail: [settoresport@italsecura.it](mailto:settoresport@italsecura.it)

**CONTATTARE ESCLUSIVAMENTE DI MERCOLEDÌ, ORE UFFICIO.**

# MODULO BLU (DENUNCIA INFORTUNI)

Spett.le  
UnipolSAI Assicurazioni S. p A.  
Agenzia di Mantova  
Via Accademia 46  
46100 Mantova  
Tel. 0376/323249

Oggetto: Denuncia di infortunio su Convenzione assicurativa N. M29028107/04 in essere con il CSEN – Centro Sportivo Educativo Nazionale – quale contraente in favore di terzi.

## DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO (DA COMPILARE A CURA DELL'ASS.)

COGNOME _____	NOME _____
PATERNITA' (obbligatoria in caso di minori) _____	
INDIRIZZO _____	CAP _____
COMUNE _____	PROVINCIA _____
CODICE FISCALE _____	TELEFONO _____
NATO/A _____	IL _____
DISCIPLINA SPORTIVA _____	
TIPO DI TESSERA: <input type="checkbox"/> BASE	<input type="checkbox"/> INTEGRATIVA A <input type="checkbox"/> INTEGRATIVA B
SOCIETA' _____	DATA RILASCIO _____

## ESTREMI LESIONE

DATA SINISTRO \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

GARA \_\_\_\_\_ ALLENAMENTO \_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI:  SI  NO DATA \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TESTIMONI \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INFORTUNATO	TIMBRO E FIRMA DEL COMITATO PROVINCIALE	FIRMA DEL PRESIDENTE ASS.
_____	_____	_____

ALLEGARE AL PRESENTE MODULO:

- 1) COPIA AVANTI/RETRO DELLA TESSERA CSEN DELL'INFORTUNATO;
- 2) COPIA DEL CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO E SUCCESSIVA DOCUMENTAZIONE MEDICA CORRELATA DA SPESE GIUSTIFICATIVE (SOLO PER INTEGRATIVE A E B).
- 3) SONO OBBLIGATORI IL TIMBRO E LA FIRMA DEL COMITATO P ROVINCIALE DI APPARTENENZA

**INVIARE LA DOCUMENTAZIONE PER RACCOMANDATA A:**  
CSEN Firenze - Viale Europa 95, 50126 Firenze.

TIMBRO E FIRMA DEL COMITATO PROVINCIALE

\_\_\_\_\_