



## MODULO CHIUSURA INFORTUNIO

DA INVIARE A CURA DELL'INTERESSATO

TRAMITE RACCOMANDATA:

SPEDIRE IL PRESENTE MODULO, A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO DALLA DATA DEL SINISTRO A:

UFFICIO SINISTRI O.P.E.S. ITALIA VIA SALVATORE QUASIMODO, 129 00144 ROMA  
TEL. 06.55179342 FAX 06.55045031

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Paternità (obbligatoria in caso di minore) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Società/Associazione Sportiva di appartenenza affiliata OPES \_\_\_\_\_

Qualifica dell'infortunato (Atleta, Dirigente, Socio, etc.) \_\_\_\_\_

Codice Aff. Società \_\_\_\_\_ Numero Tessera \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_ Attività/Disciplina Sportiva \_\_\_\_\_

Tipologia assicurativa: A  B  C  Int.Base  B1  C1  Int. Mot/Eq.  Giorn.Mot/Eq.

Numero Tessera (come da database) \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere guarito dai danni/lesioni/malattia a seguito dell'infortunio occorsogli in data \_\_\_\_\_ denunciato in data \_\_\_\_\_ contrassegnato dal numero di riferimento pratica \_\_\_\_\_

### E CONSEGUENTEMENTE CHIEDE

la liquidazione dell'indennità prevista dalla polizza assicurativa contratta con il tesseramento a OPES.

### A TAL FINE ALLEGA

#### Documenti allegati in originale:

. Certificato medico di avvenuta guarigione

. Certificato medico attestante il grado di invalidità permanente conseguito ( \_\_\_\_\_ %)

. Documentazione analitica delle spese mediche sostenute per un totale di Euro \_\_\_\_\_

### ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE MEDIANTE BONIFICO BANCARIO

Nell'ipotesi in cui il presente sinistro sia indennizzabile, autorizzo la Società solvente ad effettuare il pagamento, tramite bonifico bancario, ai seguenti dati:

C/C Nr. \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

presso la Banca \_\_\_\_\_

coordinate: CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_