



Associazione Sportiva Dilettantistica
Pallacanestro Mirano



PROCEDURE IN CASO DI INFORTUNIO A.S. 2025-2026 GRUPPI AMATORIALI MASCHILI

Aprire immediatamente la pratica inviando una mail con i documenti scansionati in pdf e compilando il modulo allegato.

MODALITÀ E CONDIZIONI

Allegare tassativamente alla presente la fotocopia del Referto Medico del Pronto Soccorso.

Non saranno accettate aperture di pratiche senza il Referto del Pronto Soccorso.

Da Condizioni di Polizza saranno rimborsate le Spese di Cura sostenute entro i 90 giorni dalla data di accadimento del sinistro.

Inviare prima della Liquidazione tutti gli originali delle Spese sostenute.

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Rimborso in caso di morte	€ 50.000,00
Rimborso in caso di invalidità permanente	€ 50.000,00 (franchigia 5%)
Rimborso spese mediche	€ 1.000,00 (con una franchigia fissa del 20% dell'importo liquidabile con un minimo di € 200,00)

Per ulteriori informazioni:

Segreteria A.S.D. Centro Minibasket Mirano
c/o Palestra Azzolini - via Villafranca, 22 Mirano - Ve
Tel. **041 268 5610 - 351 500 2839**
(solo in Orario di Segreteria)

Mail **info@pallacanestromirano.it**
Web **www.pallacanestromirano.it**

Su appuntamento
il **Lunedì 18.00 - 19.00**
e **Giovedì 18.30 - 19.30**

VITTORIA ASSICURAZIONI

Agenzia Generale n. 175 di Cazzago di Pianiga
Piazza IV Novembre, 3
Cazzago di Pianiga

info@agenziacazzago.com

Oggetto: Denuncia di infortunio relativo alla Polizza numero 902661.

Io sottoscritto/a

Atleta regolarmente iscritto/a alla A.S.D. Pallacanestro Mirano dichiaro di aver subito

(ricopiare la dicitura del Pronto Soccorso)

come da allegato Referto Medico, durante l'allenamento/gara del

presso l'ipianto sportivo in

....., li

In Fede