



Associazione Sportiva Dilettantistica  
Pallacanestro Mirano



## PROCEDURE IN CASO DI INFORTUNIO A.S. 2025-2026

Atleti giovanili nati/e dal 2006 al 2013

**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                 | € 20.000,00                                                                                          |
| Rimborso in caso di invalidità permanente | € 100.000,00 (franchigia 5%)                                                                         |
| Rimborso spese mediche                    | € 1.500,00<br>(con uno scoperto del 20% sull'ammontare dell'indennizzo<br>con un minimo di € 200,00) |

*A titolo esemplificativo ma non esaustivo: somma spese mediche autorizzate € 1.000,00 rimborso € 800,00 (€ 1.000,00 - € 200,00 che sono pari al 20% di € 1.000,00).*

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 902662.**

Io sottoscritto/a .....  
genitore dell'Atleta .....  
regolarmente tesserato/a per la A.S.D. Pallacanestro Mirano dichiaro che mio/a figlio/a ha subito

*(ricopiare la dicitura del Pronto Soccorso)*

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

....., li .....

In Fede