



Associazione di Cultura Sport e Tempo Libero

MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI - POLIZZA INFORTUNI
2013/2014

il presente modulo di denuncia , unitamente alla documentazione , va inviato a:

B&S italia S.p.A. – Ufficio di Genova
Via San Luca 12/54 16124 Genova

☎ per chiarimenti sulla compilazione del presente modulo, telefonate al N° **010.2472488**
_in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30. alle ore 12.30

IMPORTANTE :

l'eventuale **successiva documentazione** va inviata alla cortese attenzione di Marco Molle o Ferruccio Gatti o GP Delucchi indicando il n° di repertorio del sinistro che Le sarà comunicato previa **lettera/mail al Suo domicilio**

Per una gestione rapida ed efficiente del sinistro, si prega di compilare accuratamente il presente modulo in tutte le sue parti e di **SCRIVERE IN STAMPATELLO**

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ASSICURATO :

Cognome

Nome

C.F.

Indirizzo

(specificare Via o Piazza e N°civico)

Comune di Residenza e C.A.P.

Recapito Telefonico

Abitazione

Cellulare

Indirizzo email:

Luogo e data di nascita

TIPO POLIZZA (crocettare l'assicurazione in corso)

BASE

INTEGRATIVA

SUPER INTEGRATIVA

MODALITA' INFORTUNIO (completare gli spazi o barrare le caselle)			
Data e Luogo in cui è avvenuto il sinistro	Data	Ora	Comune
Conseguenze possibili del sinistro (barrare la voce interessata)	<input type="checkbox"/> Morte da infortunio <input type="checkbox"/> Invalidità permanente <input type="checkbox"/> Altre specificare		
Luogo/ambito del sinistro			
Attività Sportiva praticata			
Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato:			
L'infortunio è stato causato da un terzo ?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Nominativo ed indirizzo del Dirigente/Responsabile/Istruttore della Società sportiva al momento del sinistro (in stampatello)			
<u>n. di telefono del circolo e/o società sportiva: (importante)</u>			
N.B. Certificati e/o documentazione da allegare alla denuncia o da inviare in seguito (se infortunio mortale contattare il n° 010.2472488):			
1. Certificato del Pronto Soccorso o di ricovero 2. Eventuale ulteriore certificato medico o cartella clinica 3. Dichiarazione di eventuali testimoni (facoltativa) 4. fotocopia della tessera associativa(obbligatoria) (fatte salve ulteriori e/o successive documentazioni richieste dalla Compagnia)			
SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO : le informazioni rilasciate dal sottoscritto con la presente denuncia sono corrette, complete e veritiere.			
Firma dell'Infortunato o (Se minore) firma di chi ha la Patria Potestà		Data	
SOTTOSCRIZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO : le informazioni rilasciate dal sottoscritto con la presente denuncia sono corrette, complete e veritiere.			
Il denunciante in nome e per conto degli aventi diritto :			
NOME E COGNOME PER ESTESO			
INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO			
FIRMA		Data	
Copertura Assicurativa Decorrente dal			
Presso il Comitato di			
Timbro, Data e Firma del Responsabile dell'Associazione/Società			
Allegiamo modello per la protezione dei dati personali			