

A.C.S.I.

ASSOCIAZIONE CENTRI SPORTIVI ITALIANI

MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI - POLIZZA INFORTUNI

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 14.00

IMPORTANTE :

l'eventuale successiva documentazione va inviata alla cortese attenzione della Sig.ra Sonia Agostino o del Dott.Ferruccio Gatti indicando il n° di repertorio del sinistro che Le sarà comunicato previa **lettera 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
Luogo e data di nascita		

TIPO POLIZZA

BASE **INTEGRATIVA** **SUPER INTEGRATIVA**

L'indennizzo eventualmente dovuto **per lesioni alla Sua persona**, potrà esserLe versato in modo veloce e sicuro tramite bonifico sul Suo conto corrente bancario; se lo desidera, indichi :

C/C N° _____ INTESTATO A _____

BANCA _____

CAB _____ ABI _____ CIN _____

CODICE IBAN _____

FILIALE (scriva l'indirizzo completo della filiale)

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)

-
- Morte da infortunio
-
-
- Invalidità permanente
-
-
- 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 ?** Sì No**Nominativo ed indirizzo del Dirigente/Responsabile/Istruttore della Società sportiva al momento del sinistro****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

(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****Alleghiamo modello per la protezione dei dati personali**