



Associazione di Cultura Sport e Tempo Libero

**MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI - POLIZZA INFORTUNI**  
**2014/2015**

*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
<b><u>Indirizzo email:</u></b>		
Luogo e data di nascita		
<b><u>TIPO POLIZZA ( crocettare l'assicurazione in corso)</u></b>		
<input type="checkbox"/> BASE		
<input type="checkbox"/> INTEGRATIVA		
<input type="checkbox"/> SUPER INTEGRATIVA		

<b>MODALITA' INFORTUNIO</b>			
<b>(completare gli spazi o barrare le caselle)</b>			
<b>Data e Luogo in cui è avvenuto il sinistro</b>	Data	Ora	Comune
<b>Conseguenze possibili del sinistro</b> (barrare la voce interessata)	<input type="checkbox"/> Morte da infortunio <input type="checkbox"/> Invalidità permanente <input type="checkbox"/> Altre specificare		
<b>Luogo/ambito del sinistro</b>			
<b>Attività Sportiva praticata</b>			
<b>Descrizione chiara e circostanziata delle cause che lo hanno provocato:</b>			
<b>L'infortunio è stato causato da un terzo ?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Nominativo ed indirizzo del Dirigente/Responsabile/Istruttore della Società sportiva al momento del sinistro</b> (in stampatello)			
<b>n. di telefono del circolo e/o società sportiva: (importante)</b>			
<b>N.B. Certificati e/o documentazione da allegare alla denuncia o da inviare in seguito (se infortunio mortale contattare il n° 010.2472488):</b>			
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)			
<b>SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO :</b> le informazioni rilasciate dal sottoscritto con la presente denuncia sono corrette, complete e veritiere.			
<b>Firma dell'Infortunato o</b> (Se minore ) firma di chi ha la Patria Potestà		<b>Data</b>	
<b>SOTTOSCRIZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO :</b> 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		<b>Data</b>	
<b>Copertura Assicurativa Decorrente dal</b>			
<b>Presso il Comitato di</b>			
<b>Timbro, Data e Firma del Responsabile dell'Associazione/Società</b>			
<b>Allegiamo modello per la protezione dei dati personali</b>			

