

**MODULO DENUNCIA INFORTUNI POLIZZA BASE E INTEGRATIVA attività CICLISMO**

(DA COMPILARSI IN STAMPATELLO IN OGNI SUA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO)

**DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A PROV. IL

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

COMUNE	PROV	CAP
--------	------	-----

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | TELEFONO \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ E-MAIL PER COMUNICAZIONI \_\_\_\_\_

(Genitore o Assicurato Maggiorennne – si prega di scrivere in **stampatello**)

**DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI** (obbligatori se il danneggiato è minorenne)

Nome Cognome \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL GENITORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome Cognome \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL GENITORE | | | | | | | | | | | | | | | |

**DATI BANCARI (PER EVENTUALE LIQUIDAZIONE) - NON SONO VALIDE LE CARTE PREPAGATE, E POSTEPAY EVOLUTIONS**

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestatario c/c bancario: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

### ESTREMI DELLA LESIONE

POLIZZA TESSERA BASE: ☐

ULTERIORE POLIZZA INTEGRATIVA COMBINAZIONE: ☐ A1 ☐ A2 ☐ A3 ☐ B1 ☐ B2 ☐ D1 ☐ D2 ☐ H24CICLISMO

DATA ADESIONE POLIZZA INTEGRATIVA

N. TESSERA A.I.C.S. \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO TESSERA \_\_\_\_\_

## SOCIETA'

ATTIVITA'/DISCIPLINA

QUALIFICA \_\_\_\_\_

### MODALITA' INFORTUNIO

DATA SINISTRO                      ORA SINISTRO

GARA ☐ ALLENAMENTO ☐ ALTRO ☐

LUOGO	PROVINCIA

INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO:

---

---

---

---

---

## TESTIMONI

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'assicurato (o di chi per esso)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_  
attesta sotto la propria responsabilità la veridicità delle dichiarazioni rese nella presente denuncia infortunio.

- FIRMA E TIMBRO DEL PRESIDENTE DEL **CIRCOLO** \_\_\_\_\_
- FIRMA E TIMBRO DEL **COMITATO REGIONALE / PROVINCIALE AICS DI APPARTENENZA** DEL CIRCOLO  
\_\_\_\_\_

Al fine di velocizzare l'istruzione della pratica è **OBBLIGATORIO** allegare al presente modulo:

1. COPIA FRONTE/RETRO DELLA TESSERA AICS DELL'INFORTUNATO;
2. COPIA DEL CERTIFICATO PRONTO SOCCORSO E, SOLO PER INTEGRATIVE, SUCCESSIVA DOCUMENTAZIONE MEDICA CORREDATA GIUSTIFICATIVI DI SPESE (IN COPIA);
3. SONO OBBLIGATORI IL TIMBRO E LA FIRMA DEL COMITATO DI APPARTENENZA A.I.C.S. REGIONALE\PROVINCIALE;
4. MODULO PRIVACY FIRMATO;
5. COORDINATE BANCARIE PER EVENTUALI LIQUIDAZIONI.

**IMPORTANTE:** si ricorda che la denuncia di sinistro risulterà perfezionata solo se completa di tutti i documenti.

i

**DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE A:**

[sinistriaics@civitusspa.it](mailto:sinistriaics@civitusspa.it) – Pec [civitusspa@pec.civitusspa.it](mailto:civitusspa@pec.civitusspa.it) - Agenzia CIVITUS SPA - Telefono: 06/8075246 –  
Sede Legale: Via Luigi Luciani, 41 00197 Roma – Sede Agenzia: Viale Bruno Buozzi, 11/13 00197 Roma