

MODULO DENUNCIA INFORTUNI POLIZZA BASE E INTEGRATIVA

(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 Maggiorene – 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

[illegible]

ESTREMI DELLA LESIONE

POLIZZA TESSERA BASE: ☐

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

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 – Pec 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