**Denuncia di Sinistro – Inviare alla Società assicuratrice, entro tre giorni dal fatto o da quando ne è stata fatta comunicazione, e per conoscenza al Comitato Zonale di riferimento.**

**Il presente modulo va compilato in ogni sua parte, è obbligatorio inserire il proprio indirizzo email per ricevere le informazioni dalla compagnia.**

# SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE AGENZIA GENERALE DI MODENA

***VIA PIETRO GIARDINI, 363 41124 MODENA (MO)***


# Telefono 059/554780

(Informazioni sui sinistri nei giorni di Martedì e Giovedì, dalle ore 09,00 alle 12,30) e-mail: assicurazione@anspi.it

Inviare documentazione denuncia in originale e completa tramite raccomandata R/R oppure PEC: SINISTRIANSPI@LEGALMAIL.IT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Comitato Zonale* | *Oratorio/Circolo ANSPI* |
|  |  |
| *Indirizzo dell’Oratorio/Circolo (Via/Piazza/Numero – Località)* |
|  |
| *COGNOME e NOME dell’infortunato* | *Tessera numero* | *Data richiesta tessera* |
|  |  |  |
| *Indirizzo (via, numero civico,cap)* | *Città e Provincia* | *Telefono* |
|  |  |  |
| *Luogo di nascita dell’infortunato* | *Data di nascita dell’infortunato* | *Codice Fiscale dell’infortunato* |
|  |  |  |
| *Per i minori: cognome, nome e codice fiscale di chi esercita la “potestà genitoriale”* | *Indirizzo email obbligatorio* |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Il sinistro/infortuni**o è avvenuto in: (località – comune – via – pi**azza)* | *Alle ore* | *Del giorno* |
|  |  |  |
| *Durante l’attività ANSPI (spiegare bene l’attività e la sua relazione con ANSPI)* | *Dati del responsabile dell’attività* |
|  |  |
| *Presenti al sinistro (cognome e nome)* | *Loro indirizzo completo* | *Loro telefono* |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| *Descrizione particolareggiata del fatto, delle cause e delle conseguenze* (**non sono accettate descrizioni sommarie**) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| *Nel danno vi è responsabilità di terzi?* | *NO*  | *SI*  | *Firma dell’assicurato**(o esercente la potestà genitoriale) IN ORIGINALE* |
| *In caso affermativo indicare generalità e recapito:* | ***X*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Primo soccorso prestato da* | *Intervento del Pronto Soccorso di* | *Documenti allegati alla denuncia* | *N°* |
|  |  | *Certificato del Pronto Soccorso* |  |
| *Certificato Diagnosi del Medico* |  |
| *Prime cure del Medico Dr.* | *Ricovero presso l’Ospedale di* | *Attestato di malattia del medico* |  |
|  |  | *Documenti di spesa in originale* |  |
| *Altro:* |  |

|  |
| --- |
| ***Si dichiara che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolte sotto l’egida dell’ente contraente (ANSPI).******Si dichiara di aver esposto le notizie che precedono in modo completo e conforme al vero assumendone la responsabilità.*** |
| *Firma del responsabile dell’attività IN ORIGINALE* | **ATTENZIONE!****Le denunce prive delle firme in originale non potranno essere prese in considerazione****Luogo e data** | *Firma del Presidente dell’Oratorio/Circolo IN ORIGINALE o IN FIRMA DIGITALE* |
| ***X*** | ***X*** |