**Fac-simile modello denuncia di infortunio polizza base (Raccomandata a/r)**

CENTRO SPORTIVO ITALIANO Polizza n° 204331300686

Spett.le: Società Cattolica Assicurazioni - Agenzia Generale di Roma, Piazza di Spagna

Via della Vite, 5 00187 Roma

**DENUNCIA DI INFORTUNIO**

(da inviare esclusivamente tramite raccomandata a/r)

Data del sinistro ………………… ora del sinistro ……… … Luogo …………………………

Indicare la disciplina sportiva (o allenamento) durante la quale è avvenuto il sinistro:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Generalità del tesserato infortunato: Nome …………………… Cognome ………………………

Data e Luogo di nascita ……………… …..…...……… Residenza …………..……….……………………

Codice fiscale: ……………………………………………………

Tel: ……………………………………..… E-Mail: …………………..……………………

Numero tessera CSI ……………… Anno ……………… Rilasciata in data ………………

Società sportiva (denominazione) ………………………………………

(indirizzo) …………………………………………………… (telefono) ……………………

Descrizione chiara e circostanziata delle cause che hanno provocato il sinistro

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Tipologie delle lesioni subite

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Generalità e domicilio di eventuali testimoni

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* Allegare fotocopia tessera CSI e certificato medico o di Pronto Soccorso;
* Per la chiusura inviare Certificato di avvenuta guarigione, spese mediche originali, cartella clinica se ricoverato, fatture o ricevute spese mediche e trattenere copie.

IBAN: …………………………………………… Nominativo Banca: …………………………………………

Il sottoscritto dichiara che tutto quanto sopra esposto corrisponde a verità, consapevole delle sanzioni nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti.

Firma del denunciante ……………………………