

Allegato (A) DENUNCIA SINISTRO INFORTUNIO

Le denunce compilate vanno inviate, **entro massimo 30 gg** dalla data dell'evento e saranno efficaci solo se inoltrate per e-mail a: infortuni@csain.it, in casi diversi o di controversie, inviare raccomandata A.R. a: Segreteria CSAIn Viale dell'Astronomia, 30 – 00144 Roma. Per info 3381492018.

Dati relativi al Sinistro:

Data avvenimento _____ Comitato Provinciale _____
Località _____ Prov. _____ indirizzo _____
Tipo attività' _____ sodalizio _____

Nominativo Assicurato:

Cognome e Nome _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ () Via _____ Cap _____
C.F. _____ Recapito telefonico _____
Indirizzo e-mail _____ IBAN _____
Tessera associativa nr° _____ rilasciata il _____
Indicare se si è in possesso di altre polizze assicurative: _____

Dinamica dell'evento CSAIn che ha determinato l'infortunio:

- _____
- _____
- _____
- durante un'attività istituzionale o manifestazione organizzata da CSAIn
(indicare nome evento manifestazione) _____
- durante attività previste dall'Associazione stessa, Quale? _____
- durante attività di allenamento solo se programmato dalla Società e certificato dall'organo provinciale competente
- in altro luogo (specificare dove e perché) _____

Danni subiti:

Autorità intervenute e/o testimoni:

Data _____

Firma dell'Assicurato

Firma del Presidente della Società

Firma del responsabile del comitato
territoriale CSAIn

Allegati: Certificato medico di primo soccorso (rilasciato da struttura di pronto soccorso), altre eventuali certificazioni mediche, fotocopia tessera associativa CSAIn e codice fiscale, fotocopia c.i. del/i testimoni, e se trattasi di tessera integrativa allegare fotocopia versamento adozione integrativa.