

A.C.S.I.

ASSOCIAZIONE CENTRI SPORTIVI ITALIANI

MODULO DI DENUNCIA DEI SINISTRI - POLIZZA INFORTUNI

il presente modulo di denuncia , unitamente alla documentazione , va inviato a:

B&S Italia S.p.A. – Ufficio di Genova

Via San Luca 12/54 16124 Genova

☎ *per chiarimenti sulla compilazione del presente modulo*, chiamate il N° **010.2472488**
in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30. alle ore 14.00

IMPORTANTE :

l'eventuale successiva documentazione va cortesemente inviata all'attenzione della Sig.ra Sonia Agostino o della Sig.ra Loredana Exner indicando il n° di repertorio del sinistro che Le sarà comunicato previa **lettera al Suo domicilio**

Per una gestione rapida ed efficiente del sinistro, si prega di compilare accuratamente il presente modulo in tutte le sue parti e di **SCRIVERE IN STAMPATELLO**

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ASSICURATO		
Cognome		
Nome		
C.F.		
Indirizzo (specificare Via o Piazza e N°civico) Comune di Residenza e C.A.P.		
Recapito Telefonico	Abitazione	Cellulare
Luogo e data di nascita		
TIPO POLIZZA		
BASE	<input type="checkbox"/>	INTEGRATIVA <input type="checkbox"/>
L'indennizzo eventualmente dovuto per lesioni alla Sua persona , potrà esserLe versato in modo veloce e sicuro tramite bonifico sul Suo conto corrente bancario; se lo desidera, indichi :		
C/C N°	INTESTATO A	
BANCA		
CAB	ABI	CIN
FILIALE (scriva l'indirizzo completo della filiale)		

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

(completare gli spazi o barrare le caselle)

Data e Luogo in cui è avvenuto il sinistro	Data	Ora	Comune
---	------	-----	--------

Conseguenze possibili del sinistro

(barrare la voce interessata)

- Morte da infortunio
- Infortuni personali
- Diaria da gesso
- Diaria da ricovero
- Day Hospital
- Rimborso spese mediche da infortunio
- Rimborso spese di primo trasporto

Luogo/ambito del sinistro**Attività Sportiva praticata al momento del sinistro****Descrizione del sinistro, circostanze in cui è avvenuto il fatto:****L'infortunio è stato causato da un terzo ?** Sì No**Nominativo e indirizzo del Dirigente/Responsabile/Istruttore della Società sportiva presente al momento del sinistro:****N.B. Certificati e/o documentazione da allegare alla denuncia o da inviare in seguito (se infortunio mortale contattare il n° 010.2472488):**

1. Certificato del Pronto Soccorso o di ricovero
2. Eventuale ulteriore certificato medico o cartella clinica
3. Dichiarazione di eventuali testimoni (facoltativa)

(fatte salve ulteriori e/o successive documentazioni richieste dalla Compagnia)

SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO : le informazioni rilasciate dal sottoscritto con la presente denuncia sono corrette, complete e veritiere.**Firma dell'Assicurato per esteso****Data****SOTTOSCRIZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO**

Le informazioni rilasciate dal sottoscritto con la presente denuncia sono corrette, complete e veritiere.

Il denunciante in nome e per conto degli aventi diritto :

NOME E COGNOME PER ESTESO**INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO****FIRMA****Data****Copertura Assicurativa Decorrente dal****Presso la Sezione di****Timbro, Data e Firma del Responsabile del Comitato ACSI****Allegiamo modello per la protezione dei dati personali**