

MODULO DENUNCIA INFORTUNI POLIZZA BASE E INTEGRATIVA attività EQUITAZIONE
(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

Coordinate bancarie IBAN (27 cifre) |
 Intestatario c/c bancario: _____ Codice Fiscale: |

ESTREMI DELLA LESIONE

POLIZZA TESSERA BASE: ☐
 ULTERIORE POLIZZA INTEGRATIVA COMBINAZIONE: ☐ A1 ☐ A2 ☐ A3 ☐ B1 ☐ B2 ☐ D1 ☐ D2 ☐ H24EQUITAZIONE
 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 ☐ TURISMO EQUESTRE ☐
 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- PER LE TESSERE DIGITALI BASTA UNO SCREENSHOT;
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

i

DA COMPILARSI IN OGNI SINGOLA VOCE ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE A: ¶

sinistriaics@civitusspa.it—Agenzia CIVITUS SPA—Telefono: 06/8075246—Sede Legale: Via Luigi Luciani, 41-00197 Roma—Sede Agenzia: Viale Bruno Buozzi, 11/12-00197 Roma-¶