

N.B: DA INOLTARE ENTRO 15 GG DALLA DATA DELL'INFORTUNIO



### MODULO DENUNCIA SINISTRI INFORTUNI

Contraente: **CNS LIBERTAS**

Polizza: 77/208164558

Il modulo deve essere compilato in tutte le sue voci e sottoscritto.  
*Per i minori la firma deve essere apposta dal genitore che esercita la potestà.*

Al presente modulo va allegata la seguente documentazione

- ☐ Certificato pronto soccorso
- ☐ Documentazione medica
- ☐ Tessera sportiva
- ☐ Documento d'identità

La gestione del sinistro è affidata all'Agenzia Unipol Bari Mediterraneo

#### Ufficio sinistri

**Indirizzo:** Piazza Balenano 11/B – 70121 Bari

**Email:** [sinistri@agcmediterraneo.it](mailto:sinistri@agcmediterraneo.it)

#### DATI DELL'INFORTUNATO

Cognome e nome infortunato	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Domicilio/ Residenza	
Telefono	
Indirizzo mail	

Categoria/Ruolo/Qualifica ( dirigente, tecnico, tesserato, altro)	
Attività sportiva svolta, Numero di tessera e data emissione	
Codice IBAN	

**DATI DEL GENITORE SE MINORENNE**

Cognome e nome	
Codice fiscale	
Domicilio/ Residenza	
Codice IBAN	
Indirizzo mail	
Telefono	
Indirizzo mail	

**ESTREMI DEL SINISTRO**

Giorno Ora Località in cui è avvenuto l'infortunio	
Descrizione chiara e circostanziata del modo in cui è avvenuto l'evento (allegare descrizione su carta intestata dell'associazione e sottoscritta anche dal presidente legale rappresentante)	
Descrizione lesioni	

Indicare se vi è stato ricovero Se SI, indicare nominativo ospedale	Si      No
Si allegano documenti	Si          No
Eventuali testimoni	
Evento avvenuto durante (indicare: allenamento, gare, trofeo, campionato)	
ID Gara  Numero di autorizzazione della competizione	
Tecnico presente all'infortunio:  Nome e cognome  Numero qualifica	
Associazione nella quale si è tesserati:  Denominazione:   Indirizzo:   mail:	

**Firma dell'infortunato (o del genitore se minorenne):**

**Timbro dell'associazione e firma del presidente**

**Luogo e data**

N.B: DA INOLTARE ENTRO 15 GG DALLA DATA DELL'INFORTUNIO