DENUNCIA DI SINISTRO – *Inviare al Comitato Territoriale entro tre giorni dal fatto o da quando se ne è venuti a conoscenza*

CATTOLICA
SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
DAL 1896

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
.....
.....

NOI ASSOCIAZIONE

Comitato Territoriale	Circolo NOI
	Indirizzo del Circolo (Via/Piazza/Numero – Località)

L'infortunio è avvenuto in Località (Comune, Frazione, Via, Piazza, ecc.)	alle ore	del giorno

durante l'attività (descrivere l'attività che si stava svolgendo: sportiva, Gest. ricreativa, turistica, ecc.)	sotto la responsabilità (*) Firma in basso a sinistra (*)	Telefono

COGNOME e NOME dell'infortunato	Tessera Numero	A/R	Data di rilascio tessera

Luogo di nascita	Data di nascita	Per i minori: cognome e nome di un genitore

Indirizzo (Via, Piazza, numero)	C.A.P.	Località	Telefono

Descrizione particolareggiata del fatto, delle cause e delle conseguenze. (non sono accettate descrizioni sommarie)			
Nel danno vi è responsabilità di terzi?	NO ☐	SI ☐	Firma dell'assicurato (o esercente la patria potestà)
In caso affermativo indicare generalità e recapito			X

Presenti all'Infortunio: cognome e nome	Indirizzo: Via, Piazza, numero	Località	Telefono

Primo soccorso prestato da	Accompagnato al Pronto Soccorso di	Documenti allegati alla denuncia	N°
		Certificato del Pronto Soccorso	
		Certificato Diagnosi del Medico	
Prime cure del Medico Dr.	Ricoverato presso l'Ospedale di	Attestato di malattia del medico	
		Documenti di spesa in originale	
		Altro:	

Si comunica che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolte sotto l'egida dell'ente contraente
Si dichiara di aver esposto le notizie che precedono in modo completo e conforme al vero assumendone la responsabilità

Firma del responsabile dell'attività (*)	ATTENZIONE – La denunce prive delle firme non potranno essere prese in considerazione.	Firma del Presidente del Circolo
X		X

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA TERRITORIALE	Denuncia pervenuta il	Firma del responsabile Territoriale