

Denuncia di Sinistro – Inviare al proprio Comitato Zonale, entro tre giorni dal fatto o da quando se ne è venuti a conoscenza.
Il presente modulo va compilato in ogni sua parte, è obbligatorio inserire il proprio indirizzo email per ricevere le informazioni dalla compagnia

CATTOLICA
ASSICURAZIONI

DAL 1896



SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
AGENZIA GENERALE DI MODENA
VIA PIETRO GIARDINI, 363
41124 MODENA (MO)
Telefono 059/341168

(Informazioni sui sinistri nei giorni di **Martedì e Giovedì**, dalle ore **09,00 alle 12,30**) e-mail: assicurazione@anspi.it
Inviare documentazione denuncia in **originale e completa** tramite raccomandata R/R – PEC: arcadiasas.1@legalmail.it

	Comitato Zonale		Oratorio/Circolo ANSPI	
	Indirizzo dell'Oratorio/Circolo (Via/Piazza/Numero – Località)			
	Data, firma ed eventuali note del responsabile Zonale per conformità dei dati (*)			
Spazio riservato al Comitato Zonale		Denuncia pervenuta il		
COGNOME e NOME dell'infortunato		Tessera numero		Data richiesta tessera
Indirizzo (via, numero civico, cap)		Città e Provincia		Telefono
Luogo di nascita dell'infortunato		Data di nascita dell'infortunato		Codice Fiscale dell'infortunato
Per i minori: cognome, nome e codice fiscale di chi esercita la "responsabilità genitoriale"			Indirizzo email obbligatorio	

Il sinistro/infortunio è avvenuto in: (località – comune – via – piazza)		Alle ore	Del giorno
Durante l'attività ANSPI (spiegare bene l'attività e la sua relazione con ANSPI)		Dati del responsabile dell'attività	
Presenti al sinistro (cognome e nome)	Loro indirizzo completo		Loro telefono

Descrizione particolareggiata del fatto, delle cause e delle conseguenze (non sono accettate descrizioni sommarie)			
Nel danno vi è responsabilità di terzi?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare generalità e recapito:		Firma dell'assicurato (o esercente la patria potestà)	
		X	

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

<p>Si dichiara che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolte sotto l'egida dell'ente contraente (ANSPI) Si dichiara di aver esposto le notizie che precedono in modo completo e conforme al vero, assumendone la responsabilità</p>		
Firma del responsabile dell'attività (*)	<p>ATTENZIONE Le denunce prive delle firme in originale non potranno essere prese in considerazione</p>	Firma del Presidente del Circolo
Firma del responsabile Zonale (a conferma e certificazione di tutto quanto indicato)		