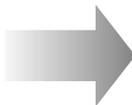


Denuncia di Sinistro – Inviare alla Società assicuratrice, entro tre giorni dal fatto o da quando ne è stata fatta comunicazione, e per conoscenza al Comitato Zonale di riferimento.
 Il presente modulo va compilato in ogni sua parte, è obbligatorio inserire il proprio indirizzo email per ricevere le informazioni dalla compagnia.



SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE
AGENZIA GENERALE DI MODENA
VIA PIETRO GIARDINI, 363
41124 MODENA (MO)
Telefono 059/554780

(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 oppure PEC: SINISTRANSPI@LEGALMAIL.IT

	Comitato Zonale		Oratorio/Circolo ANSPI	
	Indirizzo dell'Oratorio/Circolo (Via/Piazza/Numero – Località)			
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 "potestà 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 potestà genitoriale) IN ORIGINALE	
		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 IN ORIGINALE	ATTENZIONE! Le denunce prive delle firme in originale non potranno essere prese in considerazione _____ Luogo e data	Firma del Presidente dell'Oratorio/Circolo IN ORIGINALE o IN FIRMA DIGITALE
X		X