



MODULO DENUNCIA SINISTRI RCT

Contraente: **CNS LIBERTAS**

Polizza: 65/208164447

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 Balenzano 11/B – 70121 Bari

Email: 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