

**MODULO DENUNCIA INFORTUNI CONVENZIONE AGESCI**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ COD. FISCALE DELL'INFORTUNATO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CATEGORIA ASSICURATO:  SOCIO GIOVANE  SOCIO ADULTO  NUOVO SOCIO  OSPITE  VOLONTARIO

NUMERO PERSONALE CENSIMENTO \_\_\_\_\_

**IN CASO DI MINORE INDICARE:**

PATERNITÀ \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

MATERNITÀ \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

**ESTREMI DELL'INFORTUNIO**

DATA E ORA LESIONE \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE HANNO PROVOCATO L'INFORTUNIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO \_\_\_\_\_

INFORTUNI PRECEDENTI (SÌ/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ SE SÌ, QUALI LESIONI AVEVA RIPORTATO?

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DEL CAPOGRUPPO O RESPONSABILE DELL'UNITÀ**

(Con la sottoscrizione del presente modulo, il responsabile conferma, sotto la propria responsabilità, che il sinistro è avvenuto durante le attività promosse dall'AGESCI e come tali rientranti negli scopi della copertura assicurativa)

DATI DEL CAPO GRUPPO RESPONSABILE: COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. - N. TELEFONICO - E-MAIL \_\_\_\_\_

NOME DEL GRUPPO \_\_\_\_\_ INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. - N. TELEFONICO - E-MAIL \_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA

\_\_\_\_\_

INVIARE A: A.R.A. ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l.  
 VIA B. LIGURIA, 105/R - 16121 GENOVA - TEL. 010/5443851 - 010/5443852 - FAX 010/5959498

