



**MODULO DI DENUNCIA INFORTUNIO**

Da spedire entro il 30°giorno dalla data di infortunio tramite Raccomandata A/R a:  
COMPAGNIA AIG – C/O PALMINI BROKER SRL Via del Tritone 169 – 00187 ROMA  
Via fax 06.89822325 – e-mail [sinistriccsain@palminibroker.it](mailto:sinistriccsain@palminibroker.it)  
e per conoscenza a : Segreteria Nazionale CSAIn Viale dell'Astronomia, 30 – 00144 – ROMA  
Via fax n. 06.5903484 e-mail [info@csain.it](mailto:info@csain.it)



Data sinistro _____	Comitato Provinciale di _____
Luogo _____	Sodalizio _____
e-mail sodalizio _____	codice fiscale o P.I. _____
Tipo di attività _____	Indirizzo _____

**NOMINATIVO ASSICURATO**

Cognome _____	Indirizzo _____
Nome _____	Comune _____ Cap _____
C. F. _____	Telefono _____
**E-MAIL _____	IBAN _____

Nato a _____	Tessera Associativa n° _____
Data di nascita _____	Rilasciata il _____

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE HA PROVOCATO IL SINISTRO**


**AUTORITA' INTERVENUTE – TESTIMONI:**

\_\_\_\_\_

Infortunio accaduto:

- nella sede dell'Associazione Sportiva
- durante un'attività istituzionale organizzata da C.S.A.In.
- durante attività previste dall'Associazione stessa
- durante attività di allenamento programmato dalla Società
- in altro luogo

Data .....

Firma dell'assicurato

\* Firma del Presidente Società

\*Firma del Comitato territoriale CSAIn

\_\_\_\_\_

(X) La firma del presidente di società ne assevera gli accadimenti, la firma per presa visione del Comitato e/o responsabile territoriale CSAIn ne riscontra e comprova le prerogative associative

\*\*La chiara e corretta compilazione del campo E-MAIL contribuisce a rendere più rapido l'iter procedurale della pratica.

- ALLEGARE:**
- Certificato medico di pronto soccorso del danno subito
  - Altre eventuali certificazioni mediche
  - Fotocopia tessera associativa C.S.A.In.
  - Fotocopia Codice Fiscale
  - Fotocopia versamento adozione integrativa "opzione plus" (se attuata)

Autorizzazione al trattamento dei dati personali come da normativa in materia di privacy (Dlgs 30/06/2003 n° 196

NB: Il presente modulo, le certificazioni mediche, le fatture, modulo privacy, vanno prodotte in formato originale, pena la nullità della richiesta.