

**DENUNCIA DI SINISTRO**

– Inviare a NOI Territoriale di appartenenza entro tre giorni dal fatto o da quando se ne è venuti a conoscenza



Italiana Assicurazioni si metterà in contatto direttamente con l'infortunato per l'invio dei certificati medici, ospedalieri e delle spese sostenute. Inoltrare al Comitato solo il presente modulo.

Il Comitato Territoriale verifica i dati di tesseramento (Tessera e data rilascio), sottoscrive la denuncia e la trasmette alla Segreteria Nazionale, conservando copia per il proprio archivio.

**ITALIANA ASSICURAZIONI**  
Via Oberdan 9  
37121 VERONA – VR

	NOI TERRITORIALE	Circolo/Oratorio	
	NOI VERONA		
	Indirizzo del Circolo (Via/Piazza/Numero)	Località	Prov.
L'infortunio è avvenuto in Località (Comune, Frazione, Via, Piazza, ecc.)		alle ore	del giorno
durante l'attività (descrivere l'attività che si stava svolgendo: sportiva, Grest, ricreativa, turistica, ecc.)		sotto la responsabilità di (*) <small>Firma in basso a sinistra (*)</small>	Telefono

COGNOME e NOME dell'infortunato	Tessera Numero	A/R	Data di rilascio tessera
Luogo di nascita	Data di nascita	Per i minori: cognome e nome di un genitore	
Indirizzo (Via, Piazza, numero)	C.A.P.	Località	Telefono

DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA (non sommaria) DEL FATTO, DELLE CAUSE E DELLE CONSEGUENZE			
ATTIVITÀ SPORTIVA:	Calcio <input type="checkbox"/>	Calcetto <input type="checkbox"/>	Volley <input type="checkbox"/> Basket <input type="checkbox"/> Altra: <input type="checkbox"/>
ENTE organizzatore:	Circolo <input type="checkbox"/>	NOI Territoriale <input type="checkbox"/>	NOI Regionale <input type="checkbox"/> Altro ENTE <input type="checkbox"/>
Il tesserato è informato che per infortuni avvenuti durante qualsiasi attività sportiva la polizza prevede la franchigia del 4% su risarcimenti per invalidità permanente.			

Nel danno vi è responsabilità di terzi?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	In caso affermativo indicare generalità e recapito
Presenti all'infortunio: cognome e nome	Indirizzo: Via, Piazza, numero	Località	Telefono
Primo soccorso prestato da	Accompagnato al Pronto Soccorso di	Ricoverato presso l'Ospedale di	

Si comunica che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolte sotto l'egida dell'ente contraente Si dichiara di aver esposto le notizie che precedono in modo completo e conforme al vero assumendone la responsabilità		
Firma del responsabile dell'attività (*)	ATTENZIONE – Le denunce prive delle firme non potranno essere prese in considerazione.	Firma del Presidente del Circolo

RISERVATO ALLA SEGRETERIA TERRITORIALE	Denuncia pervenuta in data	Firma del Responsabile Territoriale
--	----------------------------	-------------------------------------