

**MODULO DENUNCIA LESIONI CONVENZIONE A.G.E.S.C.I.**  
( 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**

PATERNITA' : \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

MATERNITA' \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

**ESTREMI SULL'INFORTUNIO**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

(Con la sottoscrizione del presente modulo, il responsabile conferma, sotto la propria responsabilità, che il sinistro e' avvenuto durante le attività promosse dall'A.G.E.S.C.I. e come tali rientranti negli scopi della copertura assicurativa)

DATI DEL CAPO GRUPPO RESPONSABILE : COGNOME 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 AD : A.R.A. ATTIVITA' E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l.**  
**VIA B. LIGURIA, 105/R - 16121 GENOVA- TEL. 010/5443851 – 010/5443852 – FAX 010/5959498**