

## DENUNCIA SINISTRO INFORTUNIO

da inviare, entro massimo 30 gg dalla data dell'evento, a Arete' Insurance Broker  
a mezzo posta elettronica [info@areteinsurancebroker.it](mailto:info@areteinsurancebroker.it)  
e per conoscenza a: Segreteria Nazionale C.S.A.In  
Viale dell'Astronomia,30 – 00144 – Roma  
a mezzo fax al nr. 06/5903242 e/o e-mail [info@csain.it](mailto:info@csain.it)

### Dati relativi al Sinistro:

Data \_\_\_\_\_ Comitato Provinciale di \_\_\_\_\_  
Localita' \_\_\_\_\_ Sodalizio \_\_\_\_\_  
Tipo attivita' \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

### Nominativo Assicurato:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
Tessera associativa nr° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_

### Dinamica dell'evento Csain che ha determinato l'infornio:

---

---

---

- nella sede dell'associazione sportiva;
- durante un'attivita' istituzionale organizzata da CSAIn;
- durante attivita' previste dall'Associazione stessa;
- durante attivita' di allenamento programmato dalla Societa';
- in altro luogo;

Danni subiti:

---

---

Autorita' intervenute e/o testimoni:

---

---

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato

Firma del Presidente della Societa'

Firma del responsabile del comitato  
territoriale CSAIn

**Allegati:** Certificato medico di primo soccorso (rilasciato da struttura di pronto soccorso), altre eventuali certificazioni mediche, fotocopia tessera associativa CSAIn, fotocopia codice fiscale, e se trattasi di tessera integrativa allegare fotocopia versamento adozione integrativa.