



Trasmettere la denuncia via mail a sinistri@noiverona.com
entro tre giorni dal fatto o da quando se ne è venuti a conoscenza

Verificati i dati di tesseramento la segreteria territoriale sottoscrive la denuncia e la trasmette
alla compagnia assicuratrice, conservando la copia elettronica nel proprio archivio.



Italiana Assicurazioni si metterà in contatto con l'associato infortunato per l'inoltro di certificati medici e delle spese sostenute.

NOI Territoriale NOI VERONA APS	Ente circolo/oratorio		
Indirizzo dell'ente		Comune - frazione	Prov.

SINISTRO	Il sinistro è avvenuto in località (Comune, Frazione, Via, Piazza, ecc.)		alle ore	del giorno		
	Durante la seguente attività (spuntare)					
	Educativa/ricreativa <input type="checkbox"/>	Grest <input type="checkbox"/>	Organizzativa <input type="checkbox"/>	Ludico/motoria (sport) <input type="checkbox"/>	Gioco libero <input type="checkbox"/>	Altro:
	Descrizione dell'attività		Organizzata da			
Sotto la responsabilità di (*)		Cellulare del responsabile	Mail del responsabile			
		NOI Verona <input type="checkbox"/>	Circolo <input type="checkbox"/>	Altro ente:		

INFORTUNATO	COGNOME E NOME DELL'INFORTUNATO		Codice fiscale infortunato		Data di nascita
	N° Tessera		Data rilascio Tessera	spazio riservato a NOI Verona APS	
	Per i minori: cognome e nome di un genitore		Indirizzo mail		Telefono Cellulare
	Indirizzo (domicilio: Via, Piazza, numero)		C.A.P.	Comune - frazione	Prov.

DESCRIZIONE	descrizione particolareggiata (non sommaria) del fatto, delle cause e delle conseguenze	

L'infortunato è informato che per infortuni avvenuti durante l'attività sportiva la polizza prevede la franchigia del 4% su risarcimenti per invalidità permanente.

Nel danno vi è responsabilità di terzi?	In caso affermativo, indicare generalità e recapito del terzo responsabile
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Presenti all'infortunio (Cognome e Nome)	Indirizzo	Comune - frazione	Telefono
Primo soccorso prestato da	Accompagnato al Pronto Soccorso di	Ricoverato presso l'Ospedale di	

Si dichiara che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolta 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 sono prese in considerazione.	Firma del Presidente del Circolo
--	---	----------------------------------

ATTENZIONE: tutti i campi devono essere compilati

SPAZIO RISERVATO A NOI VERONA APS	Denuncia pervenuta in data	Firma dell'addetto alla Segreteria NOI Verona APS
--------------------------------------	----------------------------	---