

**Denuncia di Sinistro** – Inviare al proprio Comitato Zonale, **entro tre giorni dal fatto** o da quando se ne è venuti a conoscenza. Il presente modulo va compilato in ogni sua parte, è obbligatorio inserire il proprio indirizzo email per ricevere le informazioni dalla compagnia


**CATTOLICA**  
**ASSICURAZIONI**

DAL 1896



**SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE**  
**AGENZIA GENERALE DI MODENA**  
**VIA PIETRO GIARDINI, 363**  
**41124 MODENA (MO)**  
**Telefono 059/341168**

(Informazioni sui sinistri nei giorni di **Martedì e Giovedì**, dalle ore **09,00 alle 12,30**) e-mail: [assicurazione@anspi.it](mailto:assicurazione@anspi.it)  
Inviare documentazione denuncia in **originale e completa** tramite raccomandata R/R – PEC: [arcadiasas.1@legalmail.it](mailto:arcadiasas.1@legalmail.it)

	Comitato Zonale		Oratorio/Circolo ANSPI	
	Indirizzo dell'Oratorio/Circolo (Via/Piazza/Numero – Località)			
	Data, firma ed eventuali note del responsabile Zonale per conformità dei dati (*)			
Spazio riservato al Comitato Zonale				Denuncia pervenuta il
COGNOME e NOME dell'infortunato		Tessera numero		Data richiesta tessera
Indirizzo (via, numero civico, cap)		Città e Provincia		Telefono
Luogo di nascita dell'infortunato		Data di nascita dell'infortunato		Codice Fiscale dell'infortunato
Per i minori: cognome, nome e codice fiscale di chi esercita la "responsabilità genitoriale"			Indirizzo email obbligatorio	

Il sinistro/infortunio è avvenuto in: (località – comune – via – piazza)		Alle ore	Del giorno
Durante l'attività ANSPI (spiegare bene l'attività e la sua relazione con ANSPI)		Dati del responsabile dell'attività	
Presenti al sinistro (cognome e nome)	Loro indirizzo completo		Loro telefono

Descrizione particolareggiata del fatto, delle cause e delle conseguenze (non sono accettate descrizioni sommarie)			
Nel danno vi è responsabilità di terzi?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare generalità e recapito:		Firma dell'assicurato (o esercente la patria potestà)	
		X	

Primo soccorso prestato da	Intervento del Pronto Soccorso di	Documenti allegati alla denuncia	N°
		Certificato del Pronto Soccorso	
		Certificato Diagnosi del Medico	
Prime cure del Medico Dr.	Ricovero presso l'Ospedale di	Attestato di malattia del medico	
		Documenti di spesa in originale	
		Altro:	

<p><b>Si dichiara che il sinistro è accaduto in occasione di attività svolte sotto l'egida dell'ente contraente (ANSPI)</b> <b>Si dichiara di aver esposto le notizie che precedono in modo completo e conforme al vero, assumendone la responsabilità</b></p>		
Firma del responsabile dell'attività (*)	<p><b>ATTENZIONE</b> Le denunce prive delle <b>firme in originale</b> non potranno essere prese in considerazione</p>	Firma del Presidente del Circolo
Firma del responsabile Zonale (a conferma e certificazione di tutto quanto indicato)		