



DENUNCIA DI INFORTUNIO del partecipante alla marcia "Trofeo delle Tre Province" - C.I.M.S.

La denuncia dell'infornuto deve essere comunicata entro massimo 3 gg dalla data dell'evento [o comunque appena possibile] con l'inoltro delle **PRIME INFORMAZIONI** a:

ASSISAI Snc di LORENZO FONTANELLI, MARCO GIANNINI, DIEGO SASSI e DAVID SBRANA - Albo Agenti n. RUI A000060298
Agenzia Generale PONTEDERA UnipolSai Assicurazioni Spa Piazza Martiri della Libertà,16 -
56025 Pontedera (PI) _Tel. 0587/53432 _Fax 0587/54284 _e-mail: 58400@unipolsai.it

- a mezzo posta elettronica e-mail: michela.alberti@sai-pontedera.it
- per conoscenza a C.I.M.S. e-mail: comitatoCims@3provinces.net

Dati relativi al Sinistro:

ASSICURATO-INFORTUNATO Sig./Sig.ra _____

- Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (Pov. _____)
DOMICILIATO/A a _____ (Prov. _____)

- **Gruppo Podistico** a cui è iscritto: _____ Professione _____

1. **INFORTUNIO** accaduto il GIORNO ____ / ____ / ____ - alle ORE _____

2. **LOCALITÀ** ove l'infornuto è avvenuto: _____

3. **NARRAZIONE** chiara e circostanziata del modo in cui avvenuto l'infornuto, delle cause che lo hanno prodotto e delle sue immediate conseguenze: _____

4. L'infornuto è avvenuto mentre era come | PARTECIPANTE | ADDETTO SERVIZIO | ALTRO _____

5. Autorità intervenute e/o **testimoni dell'infornuto**.

1) telefono

2) telefono

6. **MEDICO CHE HA CURATO L'ASSICURATO:** Dott. _____
c/o studio sito a via n.

7. **ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO** Ospedale di _____ nel giorno/...../.....

8. **RICOVERO** all'Ospedale di _____ Reparto nel giorno/...../.....

Data ____ / ____ / ____

Firma dell'Assicurato-Infornuto

Firma del Presidente del Gruppo Podistico

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI come da Regolamento dell'Unione Europea 679/2016.
PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA PUBBLICATA su www.3provinces.net/Moduli/ModIscrizioni Mod.Iscr.B e Privacy,
ESPRIMO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI.

Luogo _____

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

ALLEGATI: Copia del PRIMO CERTIFICATO MEDICO (rilasciato da struttura di primo soccorso), altra eventuale documentazione medica, fotocopia TESSERA CIMS, fotocopia CODICE FISCALE, e fotocopia iscrizione marcia [LISTA ISCRIZIONE].