



CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI - LESIONI Modulo di Denuncia Infortuni



INVIARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N. 06.55045031

Spedire il presente modulo, a mezzo raccomandata Postale con Ricevuta di ritorno entro 5 giorni dalla data del sinistro a:
Ufficio sinistri O.P.E.S. Italia Via Salvatore Quasimodo, 129 00144 ROMA Tel. 06.55179342 Fax 06.55045031

Dati Anagrafici dell'Infortunato /Assicurato

Cognome/Nome				Qualifica			
Codice Fiscale		Luogo di nascita (se tesserato)			Data di Nascita		Professione
Indirizzo			C.A.P.		Comune		Provincia
Telefono	Cell.	FAX	Numero tessera			Data di rilascio tessera	
Tipologia assicurativa: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Int. Base <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> Int. Mot/Eq. <input type="checkbox"/> Giorn.Mot/Eq.							

Dati dell'avente Causa - (in caso di infortunio a minorenni)

Cognome/Nome		Titolo (Padre, Madre,...)	Comune			Prov.	C.A.P.
Indirizzo			Telefono		Cell.	FAX	
Codice Fiscale			Professione				

Estremi del sinistro

Luogo del Sinistro		Data Sinistro	Ora del sinistro
Attività praticata al momento dell'infortunio			
Descrizione chiara e circostanziata dell'Infortunio e delle cause che lo hanno provocato			
Precedenti Infortuni (data e descrizione)			
Autorità intervenute (Polizia , Carabinieri,.)			
Documenti allegati:			

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

**Firma dell'Infortunato/Assicurato
(avente causa in caso di minore)**

**Firma dell'Assicurato (avente causa in caso di minore)
per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi
del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 .**

Firma _____

Firma _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE

Associazione di appartenenza		Nome del Presidente	
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

Eventuali Note

Timbro e firma del Presidente dell'Associazione

DA COMPILARSI A CURA O.P.E.S. Italia Sede NAZIONALE
(verifica Regolarità Amministrativa Infortunato)

Cognome/Nome (se tesserato)	Numero tessera	Tipo di tessera
Data rilascio Tessera	Data scadenza Tessera	

Timbro e firma - OPES Italia Nazionale
--

N.B.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO RACCOMANDATA POSTALE CON RICEVUTA DI RITORNO ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A :

Ufficio sinistri O.P.E.S. Italia - Organizzazione per l'Educazione allo Sport
Via Salvatoree Quasimodo 129 – 00144 ROMA
Tel . 06.55179342 - Fax 06.55045031 e-mail: segreteriaopes@gmail.com