

MODULO DENUNCIA NUOVO SINISTRO ANNO 2020**(Compilare tutti i campi in stampatello ed inviare al seguente indirizzo e.mail sinistri.opesitalia@leadbroker.it)****Contraente:** OPES ITALIA - Polizza LLOYD'S**DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE/SOCIETA' SPORTIVA/CIRCOLO****Denominazione:** _____
Nome del Presidente _____
CAP _____ COMUNE _____ EMAIL _____ CODICE DI AFFILIAZIONE _____
via: _____ C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____
e-mail _____**Consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità, dichiara che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.**

Data Sinistro:	Ora:	Luogo:
Sport praticato:	Ambito:	gara <input type="checkbox"/> allenamento <input type="checkbox"/> manifestazione <input type="checkbox"/>

**TIPO TESSERA
(INDICARE CON UNA X)**

SOCIO ATLETA	<input type="checkbox"/> A
	<input type="checkbox"/> D
	<input type="checkbox"/> E
	<input type="checkbox"/> G
	<input type="checkbox"/> TIRO STATICO
	<input type="checkbox"/> A BASE
	<input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> ORO
SPORT MOTORISTICI ED EQUESTRI	<input type="checkbox"/> B
	<input type="checkbox"/> ORO
CICLISMO	<input type="checkbox"/> GARANZIA AGGIUNTIVA B)
	<input type="checkbox"/> GARANZIA AGGIUNTIVA A)
OPZIONI FACOLTATIVE SPECIFICHE	<input type="checkbox"/>
OPZIONI FACOLTATIVE GENERICHE	<input type="checkbox"/>

DESCRIZIONE CIRCOSTANZIATA DELL'ACCADUTO (se necessario allegare descrizione)

Allegati (indicare gli allegati)

Cognome:				Nome:				Data di nascita:			
Via				<input type="checkbox"/> Città				CAP		Prov.	
Nominativi dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà (se minore)				-				Tel.			
				-				e-mail			
Codice IBAN											
INTESTATARIO CONTO											
BANCA											

ATTENZIONE L'INSERIMENTO DEI DATI BANCARI NON E'VINCOLANTE AI FINI DELL'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DEL DANNO

ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DEL SINISTRO	<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/> IN TEAM (Indicare nominativo Allenatore/Tecnico presente)

L'assicurato ha aderito ad una delle combinazioni facoltative (se previste):	Data:	Opzione scelta:
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		

Allegati obbligatori in assenza dei quali non sarà possibile aprire il sinistro:

- Certificato medico rilasciato dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento (ART. 15 Delle Norme che regolano la sezione infortuni);
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili;
- Indicare i nominativi di eventuali testimoni


SULLA BASE DELL'INFORMATIVA ALLEGATA, L'ASSICURATO ESPRIME IL CONSENSO PER I TRATTAMENTI DICHIARATI, COMPRESSE LE COMUNICAZIONI CHE POSSONO RIGUARDARE ANCHE DATI SENSIBILI, APPONENDO LA SUA FIRMA IN CALCE.

Timbro e firma dell'Associazione/Palestra/Circolo

Data

Firma leggibile dell'Infortunato
 Nel caso di minore, l'esercente la patria potestà

VALIDAZIONE MODULO DENUNCIA INFORTUNIO DIREZIONE NAZIONALE OPES (obbligatoria ai fini dell'apertura del sinistro)	
DATA _____	TIMBRO/FIRMA _____

 L'INFORTUNIO DEVE ESSERE DENUNCIATO NON OLTRE 30 GIORNI A MEZZO LETTERA RACCOMANDATA O EMAIL A LEAD BROKER & CONSULTING, 00192 ROMA - EMAIL: SINISTRI.OPES@LEAD.IT - TELEFONO: 0773.457901 (**SELEZIONARE 2 SINISTRI SPORTIVI**)