

**MODULO DENUNCIA INFORTUNI**  
**POLIZZA INTEGRATIVA MOTOCICLISMO**  
(DA COMPILARSI IN OGNI SUA VOCE IN STAMPATELLO)

**DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
PATERNITA' (obbligatoria in caso di minori) \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO VIA \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
HA ADERITO IN DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ALLA **COMBINAZIONE A2**  **COMBINAZIONE B2**   
N. TESSERA A.I.C.S. \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO TESSERA \_\_\_\_\_  
SOCIETA' \_\_\_\_\_  
DISCIPLINA/ATTIVITA' \_\_\_\_\_  
QUALIFICA \_\_\_\_\_

**MODALITA' INFORTUNIO**

DATA SINISTRO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ GARA/ALLENAMENTO \_\_\_\_\_  
LUOGO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
INFORTUNI PRECEDENTI? (SI/NO) \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_  
DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE LO HANNO  
PROVOCATO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TESTIMONI \_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'INFORTUNATO O PATRIA POTESTA' \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA ASSOCIAZIONE/SOCIETA' \_\_\_\_\_  
DATA E LUOGO (compilazione) \_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DEL COMITATO PROVINCIALE**

COMITATO DI \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
PRESIDENTE PROVINCIALE \_\_\_\_\_  
TIMBRO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL TITOLARE DELLA PISTA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di gestore e/o proprietario della pista conferma che il giorno  
\_\_\_\_\_ il Sig. \_\_\_\_\_ ha avuto un sinistro all'interno della sua pista.  
Firma \_\_\_\_\_

Al fine di velocizzare l'istruzione della pratica allegare al presente modulo:

1. COPIA FRONTE/RETRO DELLA TESSERA AICS DELL'INFORTUNATO
2. COPIA DEL CERTIFICATO PRONTO SOCCORSO E, SOLO PER INTEGRATIVE, SUCCESSIVA DOCUMENTAZIONE MEDICA CORREDATA GIUSTIFICATIVI DI SPESE (IN COPIA)
3. SONO OBBLIGATORI IL TIMBRO E LA FIRMA DEL COMITATO DI APPARTENENZA
4. MODULO PRIVACY FIRMATO

DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE ED **INVIARE ESCLUSIVAMENTE PER E MAIL A: [sinistriaics@civitus.it](mailto:sinistriaics@civitus.it)** Per info  
tel. 06/8073853 - fax 06/92933964 Agenzia Allianz Viale Parioli, 56 00197 Roma. **IMPORTANTE:** si ricorda che la denuncia di sinistro risulterà  
perfezionata solo se completa di tutti i documenti.



