



Pag. 1 di 2



**Spett.le**  
**Agenzia HELVETIA,**  
**Assidea di A. Ripoli**  
**via Foggia, 9 - 71013 - San Giovanni Rotondo – FG –**  
**tel. 0882.451617**

**RACCOMANDATA A/R**

**OGGETTO : DENUNCIA DI SINISTRO**

**Ref. Polizza resp.civile terzi n.46393127**

**Ref. Polizza infortuni n.46392992**

**Data in cui è accaduto il sinistro :** \_\_\_\_\_

Associazione o Gruppo: \_\_\_\_\_

COMITATO PROVINCIALE DI: \_\_\_\_\_

TESSERA F.I.T.P. n. \_\_\_\_\_ anno : \_\_\_\_\_

Cognome e nome dell'infortunato: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Attuale domicilio: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Se dipendente, presso \_\_\_\_\_

Documento di identità: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Descrivere quando è avvenuto l'infortunio, in che luogo e con che modalità:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuali testimoni dell'accaduto: \_\_\_\_\_



Pag.2 di 2

helvetia

Persona che prestò le prime cure: \_\_\_\_\_

L'infortunato è stato ricoverato in ospedale? \_\_\_\_\_

Se sì, indicare la località: \_\_\_\_\_

L'infortunato ha in corso polizze infortuni o vita con altre compagnie?: \_\_\_\_\_

Se sì, indicarne la ragione sociale: \_\_\_\_\_

Per completare la denuncia, allego al presente documento:

- 1) fotocopia di un documento di identità del Socio vittima del sinistro;
- 2) fotocopia della tessera F.I.T.P. del socio;
- 3) Eventuali altri documenti che si ritengano necessari all'espletamento della pratica (es: certificati medici, verbali di autorità se intervenute, ecc...)

Eventuali comunicazioni :

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Firma del socio:

---

Firma del Presidente dell' associazione :

---

La presente denuncia di sinistro deve essere inviata entro 5 giorni dall'infortunio in originale tramite raccomandata A/R a:

- 1) Agenzia HELVETIA, via Foggia, 9 - 71013 - San Giovanni Rotondo – FG -
- 2) Per conoscenza al responsabile assicurativo della F.I.T.P. , ass. Fabrizio Cattaneo, Via Spino 102, cap 24126 , Bergamo

**A conclusione della convalescenza sarà necessario inviare, stessi mezzi, il certificato medico di completa guarigione.**

