



**TESTIMONI PRESENTI AL FATTO E AUTORITA' INTERVENUTE**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

IL SINISTRO E' STATO DENUNCIATO ALLE AUTORITA'?  NO  SI

SE SI INDICARE QUALI  POLIZIA  CARABINIERI  GUARDIA FORESTALE

**LUOGO DEL SINISTRO**

Barrare una delle seguenti opzioni  AMBITI TERRITORIALI DI CACCIA  AZIENDA AGRITURISTICA  
 AZIENDA FAUNISTICA  ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' PRATICATA AL MOMENTO DEL SINISTRO**

Barrare una delle seguenti opzioni  CACCIA VAGANTE (selezionare una delle sotto categorie):  
 Caccia alla penna  Caccia al pelo  Caccia migratoria  Caccia con segugio

CACCIA MIGRATORIA D'APPOSTAMENTO (selezionare una delle sotto categorie):  
 Caccia appostamento alla migratoria  Costruzione o manutenzione appostamenti caccia

CACCIA AL CINGHIALE IN BATTUTA  CACCIA DI SELEZIONE  
 MANUTENZIONE DELLE ARMI  TIRO A SEGNO O VOLO  
 ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE  ADDESTRAMENTO CANI  
 RACCOLTA TARTUFI E FUNGHI  ESPOSIZIONI CINOFILE  
 PESCA SPORTIVA CON CANNA  CATTURA E RIPOPOLAMENTO  
 SALVAGUARDIA DELLA SELVAGGINA  INTERVENTI DI CONTROLLO  
 FUNZIONI DI GG. GG. WV.

**Consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurative/liquidative**

Sulla base di quanto espresso nell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata alla pagina seguente, apponendo la Sua firma in calce, Lei dichiara di aver letto l'informativa ed esprime il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (ad esempio relativi alla salute), per finalità il perseguimento delle finalità assicurative e liquidative, autorizzando così al trattamento per l'attività di gestione e liquidazione del sinistro UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (titolare del trattamento) e MARSH RISK CONSULTING SERVICES S.r.l. (responsabile del trattamento) e gli altri soggetti indicati nell'informativa. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso non potrà essere data esecuzione al contratto assicurativo e/o sarà impossibile trattare i dati relativi alla salute per la liquidazione dei eventuali sinistri o rimborsi.

**Acconsento**

**Non acconsento**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Nome e cognome dell'interessato (*assicurato o se minorenne chi ne fa le veci*) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SEZIONE DA COMPILARSI A CURA DELLA FEDERAZIONE PROVINCIALE**

FEDERAZIONE PROVINCIALE DI \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME PRESIDENTE \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE \_\_\_\_\_

**NB: per le modalità di inoltro del presente modulo consultare l'allegato "Norme da seguire in caso di infortunio".**



## Norme da seguire in caso di infortunio INOLTRO DENUNCIA DI SINISTRO

compilazione del presente modulo cartaceo da inviare ALLA FEDERCACCIA DI SASSARI VIALE UMBERTO 83° 07100 SASSARI – **OPPURE IN FORMATO PDF ALLA SEGUENTE EMAIL: [fidc.sassari@fidc.it](mailto:fidc.sassari@fidc.it)**

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA

- Fotocopia tessera nazionale Federcaccia
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia del primo certificato medico da cui dovrà risultare la diagnosi, la prognosi e l'eventuale confezionamento di apparecchi ortopedici immobilizzanti

Se il sinistro è avvenuto durante l'attività venatoria

- Copia tesserino venatorio e foglio venatorio
- Copia del Porto d'Armi e tasse annuali (concessione governativa e tassa regionale)
- Copia dell'autorizzazione ai sensi di Legge (per tutte le attività di caccia relative ai piani di controllo della fauna effettuate nei periodi di silenzio venatorio)
- Copia dell'autorizzazione alla battuta di caccia e relativo elenco partecipanti (se il sinistro risulta avvenuto durante una battuta di caccia a ungulati)

Se il sinistro è avvenuto durante l'addestramento del cane

- Copia del Tesserino Z.A.C. e relativo regolamento

Se il sinistro è avvenuto durante l'attività di pesca

- Copia della licenza di pesca

### APPENA POSSIBILE L'INFORTUNATO DOVRA' INVIARE

- In caso di ricovero ospedaliero: originale e copia conforme cartella clinica
- Certificati recanti date di confezionamento e rimozione di tutori ortopedici immobilizzanti
- Altra documentazione medica
- Certificato di guarigione e di chiusura infortunio debitamente compilato e sottoscritto dal medico curante e/o certificato di guarigione clinica attestante la presenza o meno di postumi invalidanti

In caso di decesso allegare sempre (oltre a quanto sopra indicato):

- Certificato di morte (in originale)
- Stato di famiglia storico (in originale)
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà ai fini successori
- Verbali autorità intervenute
- Cartella clinica e copia referto autoptico o certificato medico attestante le cause cliniche che hanno provocato il decesso
- Eventuali dichiarazioni di terzi presenti al fatto
- Eventuali articoli di stampa
- Copia del rapporto di gara se l'infortunio è avvenuto durante una competizione