

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI
CONVENZIONE FIJLKAM / POSTE ASSICURAMI 31.12.2021 -31.12.2022**

POLIZZA N. 84002

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO ALL'INDIRIZZO E-MAIL sinistrifijklkamrct@magitaliagroup.com)

DANNEGGIANTE

NOME / COGNOME _____	Cod. Fisc. _____		
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	CAP _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____	Nr. TESSERA F.I.J.L.K.AM _____	
EMAIL _____			

DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

1) Nome/ Cognome _____	Indirizzo _____		
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____
2) Nome / Cognome _____	Indirizzo _____		
Cap _____	Località _____	Prov. _____	Tel. _____
POSSESSO DI POLIZZA PERSONALE: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO			
SE SI QUALE? _____			

ESTREMI DEL SINISTRO

DATA/ORA DEL SINISTRO _____	<input type="checkbox"/> GARA <input type="checkbox"/> ALLENAMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO
LUOGO _____	PROVINCIA _____
DESCRIZIONE EVENTO E DELLE CAUSE CHE LO HANNO PROVOCATO	

SONO INTERVENUTE AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
SE SI QUALI? <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> Altro _____	
DANNI PROVOCATI _____	
TESTIMONI _____	
FIRMA (danneggiante) _____	

DATI DANNEGGIATO

NOME e COGNOME _____	C.F. _____	
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	Provincia _____
CAP _____	EMAIL _____	TEL/ CELL _____

DA COMPILARSI A CURA DELLA SOCIETÀ SPORTIVA DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)

SOCIETÀ _____	COD. AFFILIAZIONE _____	
INDIRIZZO _____	COMUNE _____	PROV. _____
CAP _____	TEL. _____	E-MAIL _____
DATA _____	TIMBRO e FIRMA _____	