

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI  
CONVENZIONE FIJLKAM / POSTE ASSICURA 01.07.2023 -31.12.2025**

**POLIZZA N. 711921**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG DALL'EVENTO**  
ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifijklkamrct@magitaliagroup.com](mailto: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 _____	GARA <input type="checkbox"/>	ALLENAMENTO <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>
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 _____	