

**MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE CONTRO TERZI  
CONVENZIONE FIJLKAM / POSTE ASSICURAMI 31.12.2019 -1.12.2021**

**POLIZZA N. 0000084002**

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE **ENTRO 30 GG** DALL'EVENTO  
ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifijklamrct@magitaliagroup.com](mailto:sinistrifijklamrct@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/ORO 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 _____	