



## Modulo Denuncia Responsabilità Civile Contro Terzi

CONVENZIONE F.I.B.a./ REALE MUTUA 31/12/2017 – 31/12/2020 POLIZZA NR. 2017/03/2303760

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO ed INVIARE ENTRO 30 GG DALL'EVENTO  
ALL'INDIRIZZO E-MAIL [sinistrifsnrct@magjlt.com](mailto:sinistrifsnrct@magjlt.com) )

### DANNEGGIANTE

NOME e COGNOME/DENOMINAZIONE ENTE _____	
COD.AFFILIAZIONE N. _____	CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO _____	CITTA' _____
CAP _____ PROV. _____	TEL. _____ CELL. _____
Nr. TESSERA _____	EMAIL _____

### DATI GENITORI o Tutore (se tesserato minorenni)

1) Nome e Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____
2) Nome e Cognome _____	Indirizzo _____
Cap _____ Località _____	Prov. _____ Tel. _____

### ESTREMI DEL SINISTRO

DATA / ORA DEL SINISTRO _____	<input type="checkbox"/> GARA <input type="checkbox"/> ALLENAMENTO
LUOGO _____	PROV. _____
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 _____	COD. FISCALE _____
INDIRIZZO _____	COMUNE _____ PROV. _____
CAP _____ TEL/CELL _____	EMAIL _____

### DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE LEGALE DELLA SOCIETÀ DI APPARTENENZA (Campi obbligatori)

DENOMINAZIONE _____	Codice Affiliazione N. _____
INDIRIZZO _____	COMUNE _____ PROV. _____
CAP _____ TEL. _____	E-MAIL _____
DATA _____	TIMBRO E FIRMA _____