



## Modulo di Denuncia Sinistro Copertura Responsabilità Civile

INVIARE IL PRESENTE MODULO VIA FAX AL N. 06.6992.0924

entro 5 giorni dalla data richiesta danni

### Dati Anagrafici del Danneggiante /Assicurato

Cognome/Nome (se tesserato) - Denominazione (se Associazione)			Qualifica	Data di rilascio	
Codice Fiscale	Luogo di nascita (se tesserato)		Data di Nascita /Costituzione	E-mail	
Indirizzo		C.A.P.	Comune	Provincia	
Telefono	Cell.	FAX	Numero tessera (se tesserato) - codice affiliazione (se Associazione)		
In caso di Danneggiante Minore -Cognome/Nome Genitore o Tutore			Codice Fiscale	Tel./Cell	E-mail
Indirizzo		C.A.P.	Comune	Provincia	

### Dati del Danneggiato

Cognome/Nome	Comune			Provincia	C.A.P.
Indirizzo		Telefono	Cell.	E-mail	
Codice Fiscale		Professione			

### Estremi del sinistro

Luogo del Sinistro	Data Sinistro	Ora del sinistro
Descrizione chiara e circostanziata del sinistro e delle cause che lo hanno provocato		
Descrizione lesioni alle persone e danni materiali		
Eventuali provvedimenti adottati		
Autorità di pubblica sicurezza intervenute :		
Documenti allegati:		

## TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	CAP.
Indirizzo	Tel/cell	Fax	E-mail

Cognome/Nome	Comune	Provincia	CAP.
Indirizzo	Tel/cell	Fax	E-mail

Data compilazione:

Firma del Danneggiante/Assicurato

Firma dell'Assicurato per il consenso del trattamento dei  
dati personali ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.2003

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSOCIAZIONE (solo se danneggiato Tesserato)

Associazione di appartenenza			Nome del Presidente		
Comune	Cap	Fax	Cell	E-mail	Codice di affiliazione

**SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITÀ**

Eventuali Note

---

---

---

Timbro e firma del Presidente  
dell'Associazione

### DA COMPILARSI A CURA DELL'ASI NAZIONALE (verifica Regolarità Amministrativa Danneggiante)

Cognome/Nome (se tesserato) - Denominazione (se Associazione)	Numero tessera (se tesserato) - codice affiliazione (se Associazione)
Data rilascio Tessera/Affiliazione	Data scadenza Tessera/Affiliazione

Timbro e firma - ASI Nazionale

---

N.B.: COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA INCIDENTE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO  
TAX ALLO 06 6992.0924, ENTRO 5 GIORNI DALLA RICHIESTA DANNI, A :

**UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale**

Via Barnaba Oriani 91-103, 00197 - ROMA Tel. 06~~6~~9920228 - Fax . 06.69920924 -  
mail: [segreteria@asinazionale.it](mailto:segreteria@asinazionale.it)

## **NORME DA SEGUIRE IN CASO DI DANNO A TERZI**

IN CASO DI RICHIESTE DANNI DI TERZI (MATERIALE O LESIONI FISICHE) COMPILARE IL MODULO DI DENUNCIA DI DANNO A TERZI IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO ED INVIARE LO STESSO A MEZZO FAX ALLO 06 6992.0924 ENTRO 5 GIORNI DALL'EVENTO STESSO A:

### **A.S.I Associazioni Sportive e Sociali Italiane**

Via Barnaba Oriani 91-103, 00197 - ROMA Tel.

06969920228 - Fax . 06.69920924 - mail: [segreteria@asinazionale.it](mailto:segreteria@asinazionale.it)

#### **L'ASSICURATO (L'ASSOCIAZIONE O IL TESSERATO CHE RICEVE LA RICHIESTA DANNI DI TERZI) DOVRÀ':**

1. ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA COMPILATO IN OGNI SINGOLA VOCE
  - CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL' D Lgs 196/2003 PER LA SOCIETÀ' ITAL BROKERS
  - FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
  - FOTOCOPIA DELL 'EVENTUALE VERBALE REDATTO DALL 'AUTORITÀ' INTERVENUTA SUL LUOGO DEL SINISTRO
  - FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE RICHIESTA DANNI DEL DANNEGGIATO O DEL SUO LEGALE