



MAG

Modulo Denuncia Responsabilità Civile Contro Terzi

CONVENZIONE F.I.Cr./ REALE MUTUA 31/12/2017 – 31/12/2021 POLIZZA NR. 2017/03/2303756

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