

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		Professione	
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	
Indirizzo		C.A.P.		Comune		Provincia	

Dati del Danneggiato

Cognome/Nome		Comune			Provincia		C.A.P.	
Indirizzo		Telefono		Cell.		FAX		
Codice Fiscale		Professione						
Data di ricezione Richiesta di risarcimento		Eventuale Legale Incaricato						
Indirizzo- CAP - Comune – Prov. (Legale)				Telefono		Cell.		FAX

Estremi del sinistro

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

TESTIMONI

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Cognome/Nome	Comune	Provincia	C.A.P.
Indirizzo	Telefono	Cell.	FAX

Data compilazione

Firma del Danneggiante/Assicurato

Firma dell'Assicurato per il consenso al 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 danneggiante Tesserato)

Associazione di appartenenza			Nome del Presidente
CAP	Comune	Fax	CODICE DI AFFILIAZIONE

SI DICHIARA CHE TUTTO QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE A VERITA'

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. COMPIRE IL MODULO DI DENUNCIA IN STAMATELLO ED INVIARE ESCLUSIVAMENTE A MEZZO POSTA O MAIL

UFFICIO SINISTRI - ASI Nazionale

Via Capo Peloro, 30 - 00141 – ROMA

ORARI: LUN. DALLE 14.00 ALLE 18.00 – MERC. E VEN. DALLE 11.00 ALLE 17.00

Tel. 06.69920228 – mail: ufficiosinistri@asinazionale.it