

MODULO DENUNCIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI CONVENZIONE AGESCI

(DA COMPILARSI IN OGNI SUA SINGOLA VOCE IN STAMPATELLO)

DATI ANAGRAFICI DELL'INFORTUNATO

COGNOME _____ NOME _____

COD. FISCALE DEL DANNEGGIANTE _____ NATO A _____

IL _____ NUMERO PERSONALE CENSIMENTO _____ TEL. _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____ COMUNE _____

PROVINCIA _____ C.A.P. _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

IN CASO DI MINORE INDICARE:

PATERNITÀ _____ COD. FISCALE _____

MATERNITÀ _____ COD. FISCALE _____

ESTREMI SINISTRO

DATA E ORA SINISTRO _____ LUOGO _____ PROV. _____

DESCRIZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DELLE CAUSE CHE L'HANNO PROVOCATO E RELATIVI DANNI: _____

TESTIMONI PRESENTI AL FATTO _____

IL TESSERATO POSSIEDE ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI? SÌ NO

SE SÌ INDICARE: NR. DI POLIZZA _____ COMPAGNIA _____

AGENZIA _____ (VIA _____ CITTÀ _____ CAP _____)

(ALLEGARE COPIA DELLA POLIZZA)

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____

DATI CONTROPARTE / DANNEGGIATO

COGNOME _____ NOME _____

COD. FISCALE DEL DANNEGGIATO _____ NATO A _____

IL _____ NUMERO PERSONALE CENSIMENTO _____ TEL. _____

INDIRIZZO: VIA _____ N. _____ COMUNE _____

PROVINCIA _____ C.A.P. _____ INDIRIZZO E-MAIL _____

IN CASO DI MINORE INDICARE:

PATERNITÀ _____ COD. FISCALE _____

MATERNITÀ _____ COD. FISCALE _____

DA COMPILARSI A CURA DEL CAPOGRUPPO O RESPONSABILE DELL'UNITÀ

(Con la sottoscrizione del presente modulo, il responsabile conferma, sotto la propria responsabilità, che il sinistro è avvenuto durante le attività promosse dall'AGESCI e come tali rientranti negli scopi della copertura assicurativa)

DATI DEL CAPO GRUPPO RESPONSABILE: COGNOME E NOME _____

INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. - N. TELEFONICO - E-MAIL _____

NOME DEL GRUPPO _____ INDIRIZZO COMPLETO DI C.A.P. - N. TELEFONICO - E-MAIL _____

TIMBRO

FIRMA

INVIARE A: A.R.A. ATTIVITÀ E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.r.l
VIA B. LIGURIA, 105/R - 16121 GENOVA - TEL. 010/5443851 - 010/5443852 - FAX 010/5959498